



PERATURAN BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN  
NOMOR 13 TAHUN 2021

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARADUA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah, hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/ 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu di tindaklanjuti dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua;
- Mengingat : 1. Undang- Undang Nomor 37 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur, Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan, dan Kabupaten Ogan Ilir di Provinsi Sumatera Selatan (Lembaga Negara Republik

- Indonesia Tahun 2003 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4347);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
  6. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
  7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
  8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  9. Peraturan Daerah Nomor 30 Tahun 2009 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua (Lembaran Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Tahun 2009 Nomor 30);
  10. Peraturan Bupati Nomor 4 Tahun 2021 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan (Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Tahun 2021 Nomor 30);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARADUA.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

## Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.
3. Bupati adalah Bupati Ogan Komering Ulu Selatan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua yang selanjutnya disingkat RSUD Muaradua adalah Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, pelaksanaan penelitian dan pengembangan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi.
6. 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 tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan kepada masyarakat.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
8. 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 penyelenggaraannya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
10. 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.
11. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
12. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
13. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan

- data dari sumber data untuk tiap indikator.
14. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
  15. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
  16. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
  17. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
  18. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

#### Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD Muaradua dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

### BAB II

#### JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

##### Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

#### Pasal 3

- (1) RSUD Muaradua mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan, pemeliharaan peningkatan kesehatan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan Sumber Daya Manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan, menyelenggarakan penelitian dan/atau pengembangan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan, dan pengabdian untuk masyarakat dan Pelayanan Administrasi.
- (2) Jenis Pelayanan RSUD Muaradua meliputi :
  - a. pelayanan gawat darurat;
  - b. pelayanan rawat jalan;
  - c. pelayanan rawat inap;
  - d. pelayanan bedah;
  - e. pelayanan kebidanan;
  - f. pelayanan persalinan dan perinatologi;
  - g. pelayanan intensif;
  - h. pelayanan radiologi;

- i. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- j. pelayanan fisioterapi;
- k. pelayanan farmasi;
- l. pelayanan gizi;
- m. pelayanan transfusi darah;
- n. pelayanan rekam medik;
- o. pelayanan jaminan kesehatan nasional (jkn);
- p. pengolahan limbah;
- q. pelayanan administrasi manajemen;
- r. pelayanan ambulans dan mobil jenazah;
- s. pelayanan pemulasaran jenazah;
- t. pelayanan laundry dan sterilisasi;
- u. pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- v. pengendalian infeksi.

Bagian Kedua  
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian  
dan Uraian SPM

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian sebagaimana dimaksud, tercantum dalam Lampiran I dan Uraian SPM sebagaimana dimaksud, tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III  
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD Muaradua wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD Muaradua bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV  
PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Muaradua menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Muaradua menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.

- (3) Setiap penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

## BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

### Bagian Kesatu Pembinaan

#### Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD Muaradua dilakukan oleh Bupati.
- (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 Satuan Pengawas Internal.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur RSUD Muaradua.

#### Pasal 9

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD Muaradua menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

#### Pasal 10

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Muaradua yang ditetapkan dalam rencana bisnis anggaran RSUD Muaradua.

BAB VI  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.

Ditetapkan di Muaradua  
pada tanggal 12 April 2021

BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN,



POPO ALI MARTOPO

Diundangkan di Muaradua  
pada tanggal 12 April 2021

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN  
OGAN KOMERING ULU SELATAN,



H. ROMZI

BERITA DAERAH KABUPATEN OGAN KOMERING ULU SELATAN  
TAHUN 2021 NOMOR 13

LAMPIRAN I  
 PERATURAN BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN  
 NOMOR 13 TAHUN 2021  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM  
 DAERAH MUARADUA

INDIKATOR STANDAR (NILAI) BATAS WAKTU PENCAPAIAN

| No | Jenis Pelayanan | Indikator                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nilai                                                                                            | Batas Waktu Pencapaian                                                                                       |
|----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Gawat Darurat   | 1. Jam buka pelayanan gawat darurat<br>2. Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> di IGD<br>3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat <i>Advance Trauma Life Support (ATLS)/ Basic Trauma Life Support (BTLS) / Advance Cardiac Life Support (ACLS)/</i> Pelatihan Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD)<br>4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana<br>5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat<br>6. Kepuasan pelanggan<br>7. Kematian pasien $\leq 24$ jam di IGD<br>8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 24 jam<br>100 %<br>100 %<br>1 tim<br>$\leq 5$ menit<br>$\geq 70$ %<br>$\leq 2$ %<br>100 %        | Satu tahun<br>Tiga tahun<br>Tiga tahun<br>Dua tahun<br>Satu tahun<br>Lima tahun<br>Lima tahun<br>Satu tahun  |
| 2  | Rawat jalan     | 1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis<br>2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan<br>3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan<br>4. Waktu tunggu di rawat jalan.<br>5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan<br>6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS<br>7. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberkulosis<br>8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit                                                                                                                                | 100 %<br>100 %<br>100 %<br>$\leq 60$ menit<br>$\geq 80$ %<br>100 %<br>$\geq 60$ %<br>$\geq 60$ % | Satu tahun<br>Satu tahun<br>Tiga tahun<br>Lima tahun<br>Lima tahun<br>Satu tahun<br>Satu tahun<br>Satu tahun |
| 3  | Rawat Inap      | 1. Pemberi pelayanan di rawat inap<br>2. Dokter penanggung jawab pasien<br>3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Sp. Penyakit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 100 %<br>100 %<br>100 %                                                                          | Satu tahun<br>Satu tahun<br>Satu tahun                                                                       |



|   |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |
|---|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                             | <p>Dalam, dan Bedah)</p> <p>4. Jam visit dokter</p> <p>5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</p> <p>6. Kematian &gt; 48 jam</p> <p>7. Kejadian pulang paksa</p> <p>8. Kepuasan pelanggan</p> <p>9. Pasien rawat inap tuberkulosis yang dilayani dengan strategi DOTS</p> <p>10. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis</p> <p>11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit</p> | <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p><math>\leq 0,24</math> %</p> <p><math>\leq 5</math> %</p> <p><math>\geq 80</math> %</p> <p><math>\geq 60</math> %</p> <p><math>\geq 60</math> %</p> <p><math>\geq 60</math> %</p>                                  | <p>Tiga Tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> |
| 4 | Bedah                       | <p>1. Waktu Tunggu Operasi Elektif</p> <p>2. Kejadian kematian di meja operasi</p> <p>3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i></p>                           | <p><math>\leq 2</math> hari</p> <p><math>\leq 1\%</math></p> <p><math>\leq 1\%</math></p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p><math>\leq 6</math> %</p>                                                                                   | <p>Dua tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p>                    |
| 5 | Kebidanan                   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                                                                                                               |
| 6 | Persalinan dan Perinatologi | <p>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</p> <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>5. Pelayanan persalinan melalui Seksio Sesarea (SC)</p> <p>6. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram</p>                                                                                                                                               | <p>Perdarahan <math>\leq 1</math> %</p> <p>Eklamsi <math>\leq 30</math> %</p> <p>Sepsis <math>\leq 0,2</math> %,</p> <p>Partus lama <math>\leq 20</math> %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p><math>\leq 20</math> %</p> <p>100%</p> | <p>Lima tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Tiga tahun</p> <p>Lima Tahun</p>                                     |

|    |                           |                                                                                       |                |            |
|----|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| 7  | Intensif                  | 1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | $\leq 3 \%$    | Lima Tahun |
|    |                           | 2. Pemberi pelayanan Intensif                                                         | 100 %          | Lima Tahun |
| 8  | Radiologi                 | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax.                                          | $\leq 3$ jam   | Satu tahun |
|    |                           | 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen                                     | 100 %          | Tiga tahun |
|    |                           | 3. Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>                                        | $\leq 2 \%$    | Satu tahun |
|    |                           | 4. Kepuasan pelanggan                                                                 | $\geq 80 \%$   | Lima tahun |
| 9  | Laboratorium              | 1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 140 menit.                      | 100 %          | Dua tahun  |
|    |                           | 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK                   | 100 %          | Lima tahun |
|    |                           | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                    | 100 %          | Satu tahun |
|    |                           | 4. Kepuasan pelanggan                                                                 | $\geq 80 \%$   | Lima Tahun |
| 10 | Fisioterapi               | 1. Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan Fisioterapi yang direncanakan.  | $\leq 50 \%$ . | Tiga tahun |
|    |                           | 2. Tidak adanya kesalahan tindakan fisioterapi                                        | 100 %          | Satu tahun |
|    |                           | 3. Kepuasan Pelanggan                                                                 | $\geq 80 \%$   | Lima tahun |
| 11 | Farmasi                   | 1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit                                        | 100 %          | Tiga tahun |
|    |                           | 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq 60$ menit                                | 100 %          | Tiga tahun |
|    |                           | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat                                              | 100 %          | Satu Tahun |
|    |                           | 4. Kepuasan pelanggan                                                                 | $\geq 80 \%$   | Lima tahun |
|    |                           | 5. Penulisan resep sesuai formularium                                                 | $\geq 80 \%$   | Tiga tahun |
| 12 | Gizi                      | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                    | $\geq 90 \%$   | Satu tahun |
|    |                           | 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien                                       | $\leq 20 \%$   | Tiga tahun |
|    |                           | 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet                                        | 100 %          | Satu tahun |
| 13 | Pelayanan transfusi darah | 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                    | 100 %          | Lima tahun |
|    |                           | 2. Kejadian reaksi tranfusi                                                           | $\leq 0,01 \%$ | Satu tahun |
| 14 | Rekam Medik               | 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                 | 100 %          | Tiga tahun |
|    |                           | 2. Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi                  | 100 %          | Tiga tahun |
|    |                           | 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit              | 100 %          | Tiga tahun |

|    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                                                                                            |
|----|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                 | 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100 %                                                                                   | Tiga tahun                                                                                                                 |
| 15 | Pelayanan JKN                   | Pelayanan terhadap pasien JKN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 100 %                                                                                   | Satu tahun                                                                                                                 |
| 16 | Pengolahan limbah               | a. Baku mutu limbah cair :<br>BOD<br>COD<br>TSS<br>pH<br>b. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | < 30 mg/l<br>< 80 mg/l<br>< 30 mg/l<br>6 – 9<br>100 %                                   | Lima tahun<br>Lima tahun<br>Lima tahun<br>Lima tahun<br>Lima tahun                                                         |
| 17 | Administrasi manajemen          | 1. Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi<br>2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja<br>3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat<br>4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala<br>5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun<br>6. <i>Cost recovery</i><br>7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan<br>8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap<br>9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif) | ≤ 2 hari<br>≤ 1 bulan<br>100 %<br>100%<br>≥ 80 %<br>≥ 40 %<br>100 %<br>≤ 2 jam<br>100 % | Satu tahun<br>Satu tahun<br>Tiga tahun<br>Satu tahun<br>Lima tahun<br>Lima tahun<br>Satu tahun<br>Tiga tahun<br>Tiga tahun |
| 18 | Ambulance / Mobil Jenazah       | 1. Waktu pelayanan 24 jam ambulance dan mobil jenazah<br>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit < 30 menit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 100 %<br>100 %                                                                          | Satu tahun<br>Tiga tahun                                                                                                   |
| 19 | Pemulasaran Jenazah             | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah < 2 jam                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 100 %                                                                                   | Tiga tahun                                                                                                                 |
| 20 | Pelayanan Laundry               | 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.<br>2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100 %<br>100 %                                                                          | Satu tahun<br>Lima tahun                                                                                                   |
| 21 | Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.<br>2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat<br>3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ≥ 80 %<br>100 %<br>100 %                                                                | Tiga tahun<br>Lima tahun<br>Lima tahun                                                                                     |

|    |                                   |                                                                                                                |               |            |
|----|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 22 | Pencegahan & Pengendalian Infeksi | 1. Ada anggota TIM PPI yang terlatih                                                                           | $\geq 75\%$   | Lima tahun |
|    |                                   | 2. Tersedia APD di setiap unit kerja                                                                           | $\geq 60\%$   | Satu tahun |
|    |                                   | 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI ( <i>Health care associated infection</i> ) di RS | $\geq 75\%$   | Lima tahun |
|    |                                   | 4. Kejadian infeksi paska operasi                                                                              | $\leq 1,5 \%$ | Satu tahun |
|    |                                   | 5. Angka kejadian infeksi <i>nosokomial</i>                                                                    | $\leq 1,5 \%$ | Tiga tahun |
|    |                                   | 6. Angka kejadian luka <i>dekubitus</i>                                                                        | $\leq 2 \%$   | Tiga tahun |
|    |                                   | 7. Angka kejadian <i>flebitis</i>                                                                              | $\leq 2 \%$   | Tiga tahun |

BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN,

POPO ALI MARTOPO

LAMPIRAN II  
PERATURAN BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN  
NOMOR 13 TAHUN 2021  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH MUARADUA

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. 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      | : | 1 bulan                                                                                    |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                    |
| 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 pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                               |

b. Kemampuan menangani life saving di IGD

|                                 |   |                                                                                                              |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kemampuan menangani <i>life saving</i> di IGD                                                                |
| Dimensi mutu                    | : | Keselamatan                                                                                                  |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat                                  |
| Definisi operasional            | : | <i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> . |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | Setiap bulan                                                                                                 |
| Periode analisis                | : | Tiga bulan sekali                                                                                            |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat                        |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat                         |
| Sumber data                     | : | Rekam Medik di Gawat Darurat                                                                                 |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                                                 |

c. Pemberi layanan kegawat-daruratan yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

|                                 |   |                                                                                                                   |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD                                       |
| Dimensi Mutu                    | : | Kompetensi teknis                                                                                                 |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan                           |
| Definisi Operasional            | : | Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS /BTLS /ACLS /PPGD. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 Bulan                                                                                                           |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                           |
| Numerator                       | : | Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS /PPGD                                                           |
| Denominator                     | : | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.                                                        |
| Sumber data                     | : | Instalasi Gawat Darurat                                                                                           |
| Standar                         | : | 100%                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                                                      |

d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

|                                 |   |                                                                                                       |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Ketersediaan tim penanggulangan bencana                                                               |
| Dimensi mutu                    | : | Keselamatan dan efektivitas                                                                           |
| Tujuan                          | : | Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana                               |
| Definisi operasional            | : | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | Setiap bulan                                                                                          |
| Periode analisis                | : | Tiga bulan sekali                                                                                     |
| Numerator                       | : | Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit                                             |
| Denominator                     | : | Tidak ada                                                                                             |
| Sumber Data                     | : | Instalasi Gawat Darurat                                                                               |
| Standar                         | : | 1 tim                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                                          |

e. 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 sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.            |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                 |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                 |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 30)                                                                   |
| Sumber data                     | : | Sample                                                                                                                  |
| Standar                         | : | ≤ 5 menit                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                                                            |

f. Kepuasan Pelanggan

|                                 |   |                                                                                            |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kepuasan Pelanggan                                                                         |
| 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 diberikan |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | Setiap bulan                                                                               |
| Periode analisis                | : | Tiga bulan sekali                                                                          |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey             |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)                        |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                     |
| Standar                         | : | ≥ 80 %                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                               |

g. Kematian pasien  $\leq$  24 jam di IGD

|                                 |   |                                                                                               |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD                                                          |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan dan efektifitas                                                                   |
| Tujuan                          | : | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat          |
| Definisi Operasional            | : | Kematian $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 3 bulan                                                                                       |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                       |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang.                 |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.                                        |
| Sumber data                     | : | Register IGD                                                                                  |
| Standar                         | : | $\leq$ 2 %                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                                  |

h. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

|                                 |   |                                                                                                                               |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Tidak adanya pasien yang diharuskan 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 analisis                | : | Tiga bulan                                                                                                                    |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka                                                                     |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat                                                                            |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                        |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD)                                                                                  |



## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

### a. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

|                                 |   |                                                                                                         |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Pemberi pelayanan di klinik spesialis                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : | Kompetensi teknis                                                                                       |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten                                 |
| Definisi Operasional            | : | Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                 |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                 |
| Numerator                       | : | Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam 1 bulan.                    |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 bulan                                                 |
| Sumber data                     | : | Register rawat jalan poliklinik spesialis                                                               |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                                              |

### b. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

|                                 |   |                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Ketersediaan pelayanan rawat jalan                                                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : | Akses                                                                                                                                                                 |
| Tujuan                          | : | Tersedianya 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<br>Klinik: anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah, gigi, pojok DOTS. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                               |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                               |
| Numerator                       | : | Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada                                                                                                               |
| Denominator                     | : | Tidak ada                                                                                                                                                             |
| Sumber data                     | : | Register rawat jalan                                                                                                                                                  |
| Standar                         | : | 100 %.                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                                                                                                            |

c. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

|                                 |   |                                                                                            |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Jam buka pelayanan sesuai ketentuan                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : | Akses                                                                                      |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit       |
| Definisi Operasional            | : | Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis       |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                    |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                    |
| Numerator                       | : | Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan                    |
| Sumber data                     | : | Register rawat jalan                                                                       |
| Standar                         | : | 100%                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                                 |

d. Waktu tunggu di Rawat Jalan

|                                 |   |                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                                                                                                       |
| Dimensi Mutu                    | : | Akses                                                                                                                                             |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien                     |
| Definisi Operasional            | : | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang di Instalasi Rawat Jalan sampai diperiksa oleh dokter di Instalasi Rawat Jalan |
| 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                     | : | Register rawat jalan                                                                                                                              |
| Standar                         | : | $\leq 60$ menit                                                                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                                                                                        |

e. 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 analisis                | : | Tiga bulan sekali                                                                       |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey            |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)                       |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                  |
| Standar                         | : | $\geq 80\%$                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                              |

f. 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : | Pelayanan rawat jalan tuberculosi dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosi dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosi harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosi, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosi yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosi nasional, dan semua pasien yang tuberculosi yang diobati dievaluasi secara kohort dengan penanggulangan tuberculosi nasional. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : | Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Sumber data                     | : | Register rawat jalan unit DOTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Standar                         | : | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

g. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis

|                                 |   |                                                                                               |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis                 |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, 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 analisa                 | : | 3 bulan                                                                                       |
| Numerator                       | : | Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan |
| Denominator                     | : | Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan                                    |
| Sumber data                     | : | Kepala Instalasi Rawat InapRawat Jalan                                                        |
| Standar                         | : | $\geq 60\%$                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                                    |

h. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

|                                 |   |                                                                                  |
|---------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit                |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas                                                                      |
| Tujuan                          | : | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit                      |
| Definisi Operasional            | : | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 3 bulan                                                                          |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                          |
| Numerator                       | : | Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan                 |
| Denominator                     | : | Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit                                      |
| Sumber data                     | : | Buku register Poliklinik                                                         |
| Standar                         | : | $\geq 60\%$                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Jalan                                                       |

### 3. PELAYANAN RAWAT INAP

#### a. Pemberi pelayanan di rawat inap

|                                 |   |                                                                                                          |
|---------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Pemberi pelayanan di rawat inap                                                                          |
| Dimensi mutu                    | : | Kompetensi teknis                                                                                        |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten                                               |
| Definisi operasional            | : | Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)                  |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 6 bulan                                                                                                  |
| Periode analisis                | : | 6 bulan                                                                                                  |
| Numerator                       | : | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap                                     |
| Sumber data                     | : | ruang rawat inap                                                                                         |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                                |

#### b. Dokter penanggung jawab pasien

|                                 |   |                                                                                                                        |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Dokter penanggung jawab pasien                                                                                         |
| Dimensi mutu                    | : | Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan                                                                             |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan                             |
| Definisi operasional            | : | Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                |
| Periode analisis                | : | 3 bulan                                                                                                                |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab                                             |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan                                                                         |
| Sumber data                     | : | Register rawat inap                                                                                                    |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                                              |

c. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Penyakit Dalam dan Bedah)

|                                 |   |                                                                                                             |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah)                                           |
| Dimensi mutu                    | : | Akses                                                                                                       |
| Tujuan                          | : | Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit                                |
| Definisi operasional            | : | Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 3 bulan                                                                                                     |
| Periode analisis                | : | 3 bulan                                                                                                     |
| Numerator                       | : | Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)                                         |
| Denominator                     | : | Tidak ada                                                                                                   |
| Sumber data                     | : | Register rawat inap                                                                                         |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                                   |

d. 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 setiap 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 analisis                | : | Tiap tiga bulan                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Numerator</i>                | : | Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei                                                                                                                                 |
| <i>Denominator</i>              | : | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei                                                                                                                                                          |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Standar</i>                  | : | 100 %                                                                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                                                                                                                                         |

e. 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 kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                      |
| Periode analisa                 | : | 1 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 kepala ruangan                                                                                                                          |
| Standar                         | : | 100%                                                                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                                                                                    |

f. Kematian pasien > 48 jam

|                            |   |                                                                                                                       |
|----------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kematian pasien > 48 jam                                                                                              |
| Dimensi mutu               | : | Keselamatan dan efektivitas                                                                                           |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif                                         |
| Definisi operasional       | : | Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                                                               |
| Periode analisis           | : | 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 Medik                                                                                                           |
| Standar                    | : | $\leq 0,24 \%$                                                                                                        |
| Penanggung jawab           | : | Kepala Ruangan Rawat Inap.                                                                                            |

g. 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 pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                                          |

h. Kepuasan Pelanggan

|                            |   |                                                                                     |
|----------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kepuasan Pelanggan                                                                  |
| Dimensi mutu               | : | Kenyamanan                                                                          |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap                  |
| Definisi operasional       | : | Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap        |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                             |
| Periode analisis           | : | 3 bulan                                                                             |
| Numerator                  | : | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen) |
| Denominator                | : | Jumlah total pasien yang di survey (n minimal = 50)                                 |
| Sumber data                | : | Survei                                                                              |
| Standar                    | : | $\geq 80\%$                                                                         |
| Penanggung jawab           | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                           |



i. 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 bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | Tiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Periode analisis                | : | Tiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : | Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien Rawat Inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Sumber data                     | : | Register Rawat Inap, register TB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

j. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

|                            |   |                                                                                               |
|----------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                                     |
| Dimensi mutu               | : | Efektivitas, keselamatan                                                                      |
| Tujuan                     | : | Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                                 |
| Definisi operasional       | : | Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap           |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 3 bulan                                                                                       |
| Periode analisis           | : | 3 bulan                                                                                       |
| Numerator                  | : | Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan |
| Denominator                | : | Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan                                    |
| Sumber data                | : | Rekam Medik                                                                                   |
| Standar                    | : | ≥ 60 %                                                                                        |
| Penanggung jawab           | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                                     |

|                |  |  |
|----------------|--|--|
| Pengumpul data |  |  |
|----------------|--|--|

k. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

|                                 |   |                                                                                 |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit               |
| Dimensi mutu                    | : | Efektivitas                                                                     |
| Tujuan                          | : | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit                     |
| Definisi operasional            | : | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 3 bulan                                                                         |
| Periode analisis                | : | 3 bulan                                                                         |
| Numerator                       | : | Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan                 |
| Denominator                     | : | Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit                                      |
| Sumber data                     | : | Rekam Medik                                                                     |
| Standar                         | : | $\geq 60\%$                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Rawat Inap                                                       |

4. PELAYANAN BEDAH

a. Waktu tunggu operasi elektif

|                                 |   |                                                                                                                |
|---------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu tunggu operasi elektif                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah.                                                             |
| Definisi Operasional            | : | Waktu tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai pasien didaftarkan operasi sampai dengan pelaksanaan operasi. |
| 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 tersebut                                                         |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                         |
| Standar                         | : | $\leq 2$ hari                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Bedah Sentral                                                                                   |

b. Kejadian kematian di meja operasi

|                                 |   |                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kejadian kematian di meja operasi                                                                                                                                            |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan, efektifitas                                                                                                                                                     |
| Tujuan                          | : | Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.                                                                 |
| Definisi Operasional            | : | Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                            |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                            |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.                                                                                                               |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut                                                                                                   |
| Sumber data                     | : | Rekam medis, laporan keselamatan pasien                                                                                                                                      |
| Standar                         | : | $\leq 1 \%$                                                                                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Bedah Sentral                                                                                                                                                 |

c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan pasien                                                                                                                                                                                                   |
| Tujuan                          | : | Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien                                                                                                                        |
| Definisi Operasional            | : | Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                                                                    |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan                                                                                         |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut                                                                                                                                                         |
| Sumber data                     | : | Rekam medis, laporan keselamatan pasien                                                                                                                                                                              |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Bedah Sentral                                                                                                                                                                                         |

d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

|                                 |   |                                                                                                                               |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan pasien                                                                                                            |
| Tujuan                          | : | Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien                                 |
| Definisi Operasional            | : | Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.                                   |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                             |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                             |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut                                                                  |
| Sumber data                     | : | Rekam medis, laporan keselamatan pasien                                                                                       |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Bedah Sentral                                                                                                  |

e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

|                                 |   |                                                                                                                                   |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan pasien                                                                                                                |
| Tujuan                          | : | Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan         |
| Definisi Operasional            | : | Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                 |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                 |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.     |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan                                                                               |
| Sumber data                     | : | Rekam medis, laporan keselamatan pasien                                                                                           |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Bedah Sentral                                                                                                      |

f. 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                          | : | Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi                                                                          |
| Definisi Operasional            | : | Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                   |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.         |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan                                                                                                                 |
| Sumber data                     | : | Rekam medis, laporan keselamatan pasien                                                                                                                             |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruangan Bedah Sentral                                                                                                                                        |

g. Komplikasi *anestesi* karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

|                            |   |                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Komplikasi <i>anestesi</i> karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>                                                                               |
| Dimensi Mutu               | : | Keselamatan pasien                                                                                                                                                                       |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan                                                                                                 |
| Definisi Operasional       | : | Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                                        |
| Periode analisa            | : | 1 bulan dan <i>sentinel event</i>                                                                                                                                                        |
| Numerator                  | : | Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.                                                                                                                       |
| Denominator                | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan                                                                                                                                      |
| Sumber data                | : | Rekam medis, laporan keselamatan pasien                                                                                                                                                  |
| Standar                    | : | ≤ 6 %                                                                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab           | : | Kepala Ruangan Bedah Sentral                                                                                                                                                             |

|                |  |
|----------------|--|
| pengumpul data |  |
|----------------|--|

## 5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Tujuan                          | : | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Definisi Operasional            | : | <p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis</p> <p>Pendarahan: adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dan 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 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah: fase laten persalinan ( primipara &gt; 8 jam, multipara &gt; 6 jam)</p> |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Numerator                       | : | Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis ( masing-masing penyebab)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Sumber data                     | : | Register ruang kebidanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Standar                         | : | Pendarahan ≤ 1%, eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 %<br>partus lama ≤ 20%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruang Kebidanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

b. 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 analisa                 | : | 1 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                     | : | Register ruang kebidanan                                                                                                            |
| Standar                         | : | 100%                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruang Kebidanan                                                                                                              |

c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu                    | : | Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Definisi Operasional            | : | Pemberi pelayanan persalinan dengan Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menumbung. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : | Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Sumber data                     | : | Register ruang kebidanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruang Kebidanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

d. 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 Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter anestesi.                           |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                     |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                     |
| Numerator                       | : | Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi                                                               |
| Sumber data                     | : | Register ruang kebidanan                                                                                                                    |
| Standar                         | : | 100%                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruang Kebidanan                                                                                                                      |

e. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

|                                 |   |                                                                                                       |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, keselamatan dan efisiensi                                                                |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien            |
| Definisi Operasional            | : | Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                               |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                               |
| Numerator                       | : | Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan                                                 |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan                                                               |
| Sumber data                     | : | Register ruang kebidanan                                                                              |
| Standar                         | : | ≤ 20%                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruang Kebidanan                                                                                |



f. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram

|                            |   |                                                                |
|----------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram.                     |
| Dimensi mutu               | : | Efektifitas dan keselamatan                                    |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR        |
| Definisi operasional       | : | BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                        |
| Periode analisis           | : | 3 bulan                                                        |
| Numerator                  | : | Jumlah BBLR 1500 g – 2500 g yang berhasil ditangani            |
| Denominator                | : | Jumlah seluruh BBLR 1500 g – 2500 g yang ditangani             |
| Sumber data                | : | Register Neonatus                                              |
| Standar                    | : | 100 %                                                          |
| Penanggung jawab           | : | Kepala Ruangan Bayi dan Anak                                   |

6. PELAYANAN INTENSIF

a. 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                    | : | Efektivitas                                                                                            |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif                                                           |
| Definisi Operasional            | : | Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan      |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan.                                 |
| Sumber data                     | : | Register Ruang ICU                                                                                     |
| Standar                         | : | ≤ 5 %                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruang ICU                                                                                       |

b. Pemberi pelayanan di unit intensif

|                                 |   |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Pemberi pelayanan di 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. |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                 |
| Periode analisa                 | : | 6 bulan                                                                                                                                                 |
| Numerator                       | : | Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU                               |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif                                                                               |
| Sumber data                     | : | Ruang ICU                                                                                                                                               |
| Standar                         | : | $\geq 90\%$ .                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Ruang ICU                                                                                                                                        |

7. PELAYANAN RADIOLOGI

a. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax

|                                 |   |                                                                                                                                          |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                  |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan                                                               |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut.                                                                                  |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                                   |
| Standar                         | : | $\leq 3$ jam                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Radiologi                                                                                                                    |

b. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan rontgen

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

c. 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 analisa            | : | 3 bulan                                                                   |
| Numerator                  | : | Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan.               |
| Denominator                | : | Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan.                         |
| Sumber data                | : | Register di Instalasi Radiologi                                           |
| Standar                    | : | ≤ 2%                                                                      |
| Penanggung jawab           | : | Kepala Unit Radiologi                                                     |

|                |  |
|----------------|--|
| pengumpul data |  |
|----------------|--|

d. 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 radiologi |
| Frekuensi pengumpulan data      | : 1 bulan                                                                               |
| Periode analisa                 | : 3 bulan                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas                                      |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                      |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                |
| Standar                         | : $\geq 80\%$                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Unit Radiologi                                                                 |

8. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit                                                                                                                                                                                                                            |
| 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 analisa                 | : 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                         | : $\geq 90\%$                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Unit Laboratorium                                                                                                                                                                                                                                                                |

b. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK

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

c. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik

|                            |   |                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik                                                                                |
| Dimensi Mutu               | : | Keselamatan                                                                                                                                                     |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya ketelitian pelayanan lab patologi klinik                                                                                                           |
| Definisi Operasional       | : | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang                                                   |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                                                                                                         |
| Periode analisa            | : | 3 bulan                                                                                                                                                         |
| Numerator                  | : | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan. |
| Denominator                | : | Jumlah pasien yang diperiksa di lab patologi klinik                                                                                                             |

|                                 |   |                            |
|---------------------------------|---|----------------------------|
|                                 |   | dalam satu bulan tersebut. |
| Sumber data                     | : | Register laboratorium      |
| Standar                         | : | 100 %                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Laboratorium   |

d. 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 analisa                 | : | 3 bulan                                                                                  |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)       |
| Denominator                     | : | Jumlah total pasien yang disurvei                                                        |
| Sumber data                     | : | Survei                                                                                   |
| Standar                         | : | ≥ 80%                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Laboratorium                                                                 |

9. PELAYANAN FISIOTERAPI

a. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan

|                                 |   |                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan                                                                              |
| Dimensi Mutu                    | : | Kesinambungan pelayanan dan efektifitas                                                                                                                |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan                                                                              |
| Definisi Operasional            | : | Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 3 bulan                                                                                                                                                |
| Periode analisa                 | : | 6 bulan                                                                                                                                                |
| Numerator                       | : | Jumlah seluruh pasien yang drop out selama 3 bulan                                                                                                     |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi selama 3 bulan                                                                                        |
| Sumber data                     | : | Rekam medis                                                                                                                                            |
| Standar                         | : | ≤ 90 %                                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Fisioterapi                                                                                                                                |

b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan fisioterapi

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan fisioterapi                                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan dan kenyamanan                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam fisioterapi                                                                                                                                                         |
| Definisi Operasional            | : | Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperkirakan yang tidak sesuai dengan asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                          |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                          |
| Numerator                       | : | Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan                                                               |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan                                                                                                                                                 |
| Sumber data                     | : | Register fisioterapi                                                                                                                                                                                             |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Fisioterapi                                                                                                                                                                                          |

c. Kepuasan pelanggan

|                                 |   |                                                                                         |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kepuasan pelanggan                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : | Kenyamanan                                                                              |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi                          |
| Definisi Operasional            | : | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                 |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                 |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei                                     |
| Denominator                     | : | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                        |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                  |
| Standar                         | : | ≥ 80 %                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Fisioterapi                                                                 |

## 10. PELAYANAN FARMASI

### a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit

|                                 |   |                                                                                                                              |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                              |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi                                                                                     |
| Definisi Operasional            | : | Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                      |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                      |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan                                      |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut                                                                             |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                       |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                     |

### b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤60 menit

|                                 |   |                                                                                                                                    |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤60 menit                                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                    |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi                                                                                           |
| Definisi Operasional            | : | Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                            |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                            |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan                                            |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut                                                                                   |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                             |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                           |



c. 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 :<br>1. Salah dalam memberikan jenis obat<br>2. Salah dalam memberikan dosis<br>3. Salah orang<br>4. Salah jumlah |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                             |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                             |
| Numerator                       | : | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat                               |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei                                                                                               |
| Sumber data                     | : | PIO                                                                                                                                                 |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                                            |

d. 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 analisa                 | : | 3 bulan                                                                             |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)  |
| Denominator                     | : | Jumlah total pasien yang disurvei (dalam persen)                                    |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                              |
| Standar                         | : | ≥ 80 %                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Farmasi                                                            |

e. 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 analisa                 | : | 3 bulan                                                                                   |
| Numerator                       | : | Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)          |
| Sumber data                     | : | Survei                                                                                    |
| Standar                         | : | $\geq 80\%$                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Farmasi                                                                  |

11. PELAYANAN GIZI

a. 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 analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan                                             |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei                                                                                             |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                                     |
| Standar                         | : | $\geq 90\%$                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Gizi                                                                                                                           |

b. 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 asuhan gizi rumah sakit) |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                               |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                               |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan                                        |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan                                                                          |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                |
| Standar                         | : | ≤ 20%                                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Gizi                                                                                                      |

c. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

12. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

a. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

|                                 |   |                                                                                 |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                 |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan                                         |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah |
| Definisi Operasional            | : | Cukup jelas                                                                     |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                         |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                         |
| Numerator                       | : | Jumlah permintaan kebutuhan yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan                   |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan                                   |
| Sumber data                     | : | Register BDRS                                                                   |
| Standar                         | : | 100 %                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Tranfusi Darah                                                      |

b. Kejadian reaksi transfusi

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kejadian reaksi transfusi                                                                                                                                                                                                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya manajemen resiko pada bank darah                                                                                                                                                                                                                     |
| Definisi Operasional            | : | Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan 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 analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Numerator                       | : | Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                 |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                    |
| Sumber data                     | : | Register Ruang Rawat Inap                                                                                                                                                                                                                                         |
| Standar                         | : | ≤ 0,01 %                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Tranfusi                                                                                                                                                                                                                                              |

13. PELAYANAN REKAM MEDIK

a. 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 medis                                                                                                                                                                                                                                           |
| Definisi Operasional            | : | Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq$ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang di isi lengkap                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Denominator                     | : | Jumlah rekam medik yang di isi dalam 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Admisi, Rekam Medis dan SIMRS                                                                                                                                                                                                                                                                            |

b. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi

|                            |   |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi                                                                                                     |
| Dimensi Mutu               | : | Keselamatan                                                                                                                                                           |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan              |
| Definisi Operasional       | : | <i>Informed concern</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                                                                                                               |
| Periode analisa            | : | 3 bulan                                                                                                                                                               |
| Numerator                  | : | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum                                                                      |

|                                 |   |                                                                                              |
|---------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 |   | memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan                                          |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan                       |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                       |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Admisi, Rekam Medis dan Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) |

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan  $\leq$  5 menit

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan $\leq$ 5 menit                                                                                                                                                                                |
| 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 rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | Tiap bulan                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode analisa                 | : | Tiap tiga bulan                                                                                                                                                                                                                                |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati                                                                                                                                                                       |
| Denominator                     | : | Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati                                                                                                                                                                                               |
| Sumber data                     | : | survey                                                                                                                                                                                                                                         |
| Standar                         | : | $\geq$ 90 %                                                                                                                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Admisi, Rekam Medis dan Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)                                                                                                                                                   |

d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap  $\leq$  15 menit

|                      |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator            | : | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap $\leq$ 15 menit                                                                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu         | : | Efektifitas, kenyamanan, efisiensi                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Tujuan               | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap                                                                                                                                                                                                                                |
| Definisi Operasional | : | Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama untuk 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 analisa                 | : | Tiap tiga bulan                                                                              |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati                        |
| Denominator                     | : | Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati                                         |
| Sumber data                     | : | survei                                                                                       |
| Standar                         | : | $\geq 80\%$                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Admisi, Rekam Medis dan Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) |

#### 14. PELAYANAN JKN

|                                 |   |                                                                                      |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Pelayanan terhadap pasien pemegang BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan |
| Dimensi Mutu                    | : | Akses                                                                                |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat pemegang BPJS                |
| Definisi Operasional            | : | Pasien pemegang kartu BPJS                                                           |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                              |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                              |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan                       |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan              |
| Sumber data                     | : | Rekam Medik                                                                          |
| Standar                         | : | 100 % terlayani                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Pelayanan Program JKN                                                    |

#### 15. PENGOLAHAN LIMBAH

##### a. Baku mutu air limbah

|              |   |                      |
|--------------|---|----------------------|
| Indikator    | : | Baku mutu air limbah |
| 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 :<br>BOD ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ) : 30 mg/ltr<br>COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ) : 80 mg/ltr<br>TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ) : 30 mg/ltr<br>pH : 6-9 |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Periode analisa                 | : | 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Sumber data                     | : | Hasil pemeriksaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)                                                                                                                                                                                                                                                   |

b. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan

|                            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Dimensi Mutu               | : | Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Definisi Operasional       | : | Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :<br>1. sisa jarum suntik<br>2. sisa ampul<br>3. kasa bekas<br>4. sisa jaringan<br>pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode analisa            | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                  | : | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Denominator                | : | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



|                                 |   |                                                                                         |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Sumber data                     | : | Hasil pengamatan                                                                        |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) |

## 16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

### a. Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.                                                                                                                                                                                               |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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 dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Numerator                       | : | Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan                                                                                                                                                                                        |
| Denominator                     | : | Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan                                                                                                                                                                                              |
| Sumber data                     | : | Notulen rapat                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Sub Bagian Tata Usaha                                                                                                                                                                                                                                    |

### b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

|              |   |                                                                                                    |
|--------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator    | : | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                          |
| Dimensi Mutu | : | Efektifitas, efisiensi                                                                             |
| Tujuan       | : | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategi bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode analisa                 | : | 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                       | : | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Denominator                     | : | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Sumber data                     | : | Sub Bagian Keuangan dan Perencanaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Perencanaan, Pengadaaan dan Pelaporan Program                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

|                                 |   |                                                                                                      |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                                          |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, 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 analisa                 | : | 1 tahun                                                                                              |
| Numerator                       | : | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun           |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun                   |
| Sumber data                     | : | Sub Bag Kepegawaian                                                                                  |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Kesekretariatan, Kepegawaian dan Diklat                                                  |

d. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

|                                 |   |                                                                                                                                      |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas dan kenyamanan                                                                                                           |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai                                                                   |
| Definisi Operasional            | : | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 44/1999 ) |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 tahun                                                                                                                              |
| Periode analisa                 | : | 1 tahun                                                                                                                              |
| Numerator                       | : | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun                                           |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun                                                   |
| Sumber data                     | : | Sub Bag Kepegawaian                                                                                                                  |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Kesekretariatan, Kepegawaian dan Diklat                                                                                  |

e. 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 di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 tahun                                                                                                                                                                                              |
| Periode analisa                 | : | 1 tahun                                                                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun                                                                                                                                      |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh karyawan rumah sakit                                                                                                                                                                  |
| Sumber data                     | : | Sub Bag Kepegawaian                                                                                                                                                                                  |
| Standar                         | : | ≥ 80%                                                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Kesekretariatan, Kepegawaian dan Diklat                                                                                                                                                  |

f. *Cost recovery*

|                                 |   |                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | <i>Cost recovery</i>                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : | Efisiensi, efektifitas                                                                                                                                           |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya tingkat kesehatan rumah sakit                                                                                                                       |
| Definisi Operasional            | : | <i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                          |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                                          |
| Numerator                       | : | Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan                                                                                                                       |
| Denominator                     | : | Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan                                                                                                                 |
| Sumber data                     | : | Sub bagian Keuangan                                                                                                                                              |
| Standar                         | : | ≥ 40 %                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Keuangan                                                                                                                                             |

g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10

|                                 |   |                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas                                                                                                                               |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit                                                                                    |
| Definisi Operasional            | : | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 3 bulan                                                                                                                                   |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan                                     |
| Denominator                     | : | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan                                                                             |
| Sumber data                     | : | Sub bagian Keuangan                                                                                                                       |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Keuangan                                                                                                                      |

h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam                                                                                                                                                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, kenyamanan                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran 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 analisa                 | : | Tiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Numerator                       | : | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan                                                                                                                                                                          |
| Denominator                     | : | Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                |
| Sumber data                     | : | Sub bagian Keuangan                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Keuangan                                                                                                                                                                                                                                                        |

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

|                            |   |                                                                                                            |
|----------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.                                     |
| Dimensi Mutu               | : | Efektifitas                                                                                                |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan                                  |
| Definisi Operasional       | : | Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap 6 bulan                                                                                               |
| Periode analisa            | : | Tiap 6 bulan                                                                                               |
| Numerator                  | : | Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif                                                          |
| Denominator                | : | 6 bulan                                                                                                    |
| Sumber data                | : | Sub bagian Keuangan                                                                                        |
| Standar                    | : | $\geq 60 \%$                                                                                               |

|                                 |   |                      |
|---------------------------------|---|----------------------|
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Keuangan |
|---------------------------------|---|----------------------|

17. PELAYANAN AMBULANCE DAN MOBIL JENAZAH

a. Waktu pelayanan ambulance dan mobil jenazah 24 jam

|                                 |   |                                                                                                                                            |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu pelayanan ambulance dan mobil jenazah 24 jam                                                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : | Akses                                                                                                                                      |
| Tujuan                          | : | Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga yang membutuhkan                    |
| Definisi Operasional            | : | Waktu pelayanan ambulance dan mobil jenazah adalah penyediaan ambulance dan mobil jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | Setiap bulan                                                                                                                               |
| Periode analisa                 | : | Tiap 3 bulan                                                                                                                               |
| Numerator                       | : | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dan mobil jenazah dalam satu bulan                                                        |
| Denominator                     | : | Jumlah hari dalam bulan tersebut                                                                                                           |
| Sumber data                     | : | Unit Ambulance dan Unit Pemulasaraan Jenazah                                                                                               |
| Standar                         | : | 100 %                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Ambulance dan Kepala Unit Pemulasaraan Jenazah                                                                                 |

b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance dan mobil Jenazah di rumah sakit  $\leq 30$  menit

|                            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance dan mobil jenazah di rumah sakit $\leq 30$ menit                                                                                                                                                                       |
| Dimensi Mutu               | : | Kenyamanan, keselamatan                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance dan mobil jenazah                                                                                                                                                        |
| Definisi Operasional       | : | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance dan mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance dan mobil jenazah diajukan oleh pasien /keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance dan mobil jenazah. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Periode analisa            | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Numerator                  | : | Jumlah penyediaan ambulance dan mobil jenazah yang tepat dalam waktu dalam 1 bulan                                                                                                                                                                              |
| Denominator                | : | Jumlah seluruh permintaan ambulance dan mobil                                                                                                                                                                                                                   |

|                                 |   |                                                            |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------|
|                                 |   | jenazah dalam satu bulan                                   |
| Sumber data                     | : | Catatan penggunaan ambulance dan mobil jenazah             |
| Standar                         | : | $\geq 80 \%$                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Ambulance dan Kepala Unit Pemulasaraan Jenazah |

#### 18. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

|                                 |   |                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq 2$ jam.                                                                                           |
| Dimensi Mutu                    | : | Kenyamanan                                                                                                                                           |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah                                                              |
| Definisi Operasional            | : | Waktu tanggap pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                              |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : | Total kumulatif waktu pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan                                                                      |
| Denominator                     | : | Total pasien yang diamati dalam satu bulan                                                                                                           |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                                                               |
| Standar                         | : | $\geq 90 \%$                                                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit Pemulasaraan Jenazah                                                                                                                     |

#### 19. PELAYANAN LAUNDRY

##### a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

|                            |   |                                                                          |
|----------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                  |
| Dimensi Mutu               | : | Efektifitas dan efisiensi                                                |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>              |
| Definisi Operasional       | : | Tidak ada                                                                |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                  |
| Periode analisa            | : | 1 bulan                                                                  |
| Numerator                  | : | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari jumlah sampling dalam satu bulan |
| Denominator                | : | Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut             |
| Sumber data                | : | Survey                                                                   |

|                                 |   |                                                                                |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------|
| Standar                         | : | 100%                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit <i>Central Sterile Supply Department</i> (CSSD) dan <i>Laundry</i> |

b. Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam

|                                 |   |                                                                                                            |
|---------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam                                                      |
| 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 yang ditetapkan |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                    |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan                                                                                                    |
| Numerator                       | : | Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu                                           |
| Denominator                     | : | Jumlah hari dalam satu bulan                                                                               |
| Sumber data                     | : | Survey                                                                                                     |
| Standar                         | : | $\geq 80 \%$                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Unit <i>Central Sterile Supply Department</i> (CSSD) dan <i>Laundry</i>                             |

20. PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

|                            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                                                                                                                                                                          |
| Dimensi Mutu               | : | Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan                                                                                                                                                                                                                   |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan 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 analisa            | : | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                  | : | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit                                                                                                                                                                                     |
| Denominator                | : | Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                     |
| Sumber data                | : | Catatan laporan kerusakan alat                                                                                                                                                                                                                                     |
| Standar                    | : | $\geq 80\%$                                                                                                                                                                                                                                                        |



|                                 |   |                                                         |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------|
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS) |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------|

b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

|                                 |   |                                                                                                                                            |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                                          |
| Dimensi Mutu                    | : | Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan                                                                                           |
| Tujuan                          | : | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat                                                                             |
| Definisi Operasional            | : | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                    |
| Periode analisa                 | : | 3 bulan                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan                                                             |
| Denominator                     | : | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan                                                                |
| Sumber data                     | : | Register pemeliharaan alat                                                                                                                 |
| Standar                         | : | 100%                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS)                                                                                    |

c. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

|                            |   |                                                                                                                                     |
|----------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi |
| Dimensi Mutu               | : | Keselamatan dan efektifitas                                                                                                         |
| Tujuan                     | : | Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium                                                                                         |
| Definisi Operasional       | : | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPFK)       |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 tahun                                                                                                                             |
| Periode analisa            | : | 1 tahun                                                                                                                             |
| Numerator                  | : | Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun                                                      |
| Denominator                | : | Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam Satu tahun                                                                    |
| Sumber data                | : | Buku register kalibrasi alat                                                                                                        |
| Standar                    | : | $\geq 50 \%$                                                                                                                        |

|                                 |   |                                                         |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------|
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS) |
|---------------------------------|---|---------------------------------------------------------|

## 21. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

### a. Ada anggota Tim PPI yang terlatih

|                            |   |                                                                                           |
|----------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Ada anggota Tim PPI yang terlatih                                                         |
| Dimensi mutu               | : | Kompetensi teknis                                                                         |
| Tujuan                     | : | Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI RS |
| Definisi operasional       | : | Adalah anggota Tim RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI  |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 bulan                                                                            |
| Periode analisis           | : | Setiap 1 tahun                                                                            |
| Numerator                  | : | Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih                                             |
| Denominator                | : | Jumlah anggota Tim PPI RS                                                                 |
| Sumber data                | : | Tim PPI RS                                                                                |
| Standar                    | : | $\geq 75 \%$                                                                              |
| Penanggung jawab           | : | Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi                                          |

### b. Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) disetiap Instalasi / unit

|                            |   |                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) disetiap Instalasi / unit                                                                                                                                         |
| Dimensi mutu               | : | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung                                                                                                                                                 |
| Tujuan                     | : | Tersedianya APD di setiap instalasi / unit 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 / unit yang menyediakan APD                                                                                                                                                            |
| Denominator                | : | Jumlah instalasi / unit di rumah sakit                                                                                                                                                                  |
| Sumber data                | : | Survey                                                                                                                                                                                                  |
| Standar                    | : | $\geq 60 \%$                                                                                                                                                                                            |
| Penanggung jawab           | : | Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi                                                                                                                                                        |

c. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

|                            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit                                                                                                                                                                                                                 |
| Dimensi mutu               | : | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tujuan                     | : | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit                                                                                                                                                                                                         |
| Definisi operasional       | : | Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data ( <i>check list</i> ) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/ Infeksi Luka Operasi, ILI/ Infeksi Luka Infus, VAP/ <i>Ventilator Associated Pneumonie</i> , ISK/ Infeksi Saluran Kemih) |
| 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                    | : | $\geq 75 \%$                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab           | : | Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi                                                                                                                                                                                                                                    |

d. Kejadian infeksi paska operasi

|                            |   |                                                                                                                                                |
|----------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : | Kejadian infeksi paska operasi                                                                                                                 |
| Dimensi Mutu               | : | Keselamatan pasien                                                                                                                             |
| Tujuan                     | : | Untuk mengetahui apakah teknik perawatan luka operasi telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)                                   |
| Definisi Operasional       | : | Infeksi luka operasi adalah infeksi post operasi (Luka bersih) yang didapat setelah hari ke 3, yang ditandai merah, nyeri, bengkak, dan panas. |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 bulan                                                                                                                                        |
| Periode analisa            | : | 1 bulan                                                                                                                                        |
| Numerator                  | : | Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka operasi dalam periode satu bulan                                                                     |
| Denominator                | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam periode satu bulan                                                                                          |
| Sumber data                | : | Survey                                                                                                                                         |
| Standar                    | : | $\leq 1,5 \%$                                                                                                                                  |
| Penanggung jawab           | : | Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian                                                                                                       |

|                |         |
|----------------|---------|
| pengumpul data | Infeksi |
|----------------|---------|

e. Angka kejadian infeksi *nosokomial*

|                                 |                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Angka kejadian infeksi <i>nosokomial</i>                                                                                                                                                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                                                                                                                                      |
| Tujuan                          | : Mengetahui hasil pengendalian infeksi <i>nosokomial</i> lainnya di rumah sakit (selain ILO, <i>decubitus</i> , <i>phlebitis</i> )                                                                                       |
| Definisi Operasional            | : Infeksi <i>nosokomial</i> lainnya adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit seperti <i>sepsis</i> , <i>pneumonia</i> , (tidak termasuk ILO, <i>phlebitis</i> , <i>decubitus</i> ) |
| Frekuensi pengumpulan data      | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                 |
| Periode analisa                 | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang dirawat yang terkena infeksi <i>nosokomial</i> seperti <i>sepsis</i> , <i>pneumonia</i> (tidak termasuk ILO, <i>phlebitis</i> , <i>decubitus</i> )                                                   |
| Denominator                     | : Jumlah pasien rawat inap 1 bulan                                                                                                                                                                                        |
| Sumber data                     | : Laporan tim PPI                                                                                                                                                                                                         |
| Standar                         | : ≤ 1,5 %                                                                                                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi                                                                                                                                                                        |

f. Angka Kejadian luka *Decubitus*

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                  | : Angka Kejadian luka <i>Decubitus</i>                                                                                                                                                                                                                                          |
| Dimensi Mutu               | : Keselamatan pasien                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tujuan                     | : Untuk mengetahui apakah teknik perawatan pasien tirah baring telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)                                                                                                                                                           |
| Definisi Operasional       | : <i>Decubitus</i> adalah kerusakan/kematian kulit yang terjadi akibat gangguan aliran darah setempat dan iritasi pada kulit dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan (dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya) dalam jangka waktu yang lama. |
| Frekuensi pengumpulan data | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Periode analisa            | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Numerator                  | : Jumlah pasien yang mengalami <i>decubitus</i> dalam periode satu bulan                                                                                                                                                                                                        |
| Denominator                | : Jumlah pasien yang dirawat dalam periode satu bulan                                                                                                                                                                                                                           |
| Sumber data                | : Surveilance pengendali infeksi                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                 |   |                                                  |
|---------------------------------|---|--------------------------------------------------|
| Standar                         | : | $\leq 2\%$                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi |

g. Angka Kejadian *Phlebitis*

|                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : | Angka Kejadian <i>Phlebitis</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : | Keselamatan pasien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tujuan                          | : | Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan & perawatan infus dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Definisi Operasional            | : | <i>Phlebitis</i> merupakan <i>inflamasi vena</i> yang disebabkan baik oleh <i>iritasi</i> kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi <i>intravena</i> . <i>Plebitis</i> dikarakteristikkan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan, bengkak, <i>indurasi</i> dan teraba mengeras di bagian vena yang terpasang <i>kateter intravena</i> |
| Frekuensi pengumpulan data      | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Periode analisa                 | : | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Numerator                       | : | Jumlah pasien yang mengalami <i>phlebitis</i> dalam periode satu bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Denominator                     | : | Jumlah pasien yang terpasang infus dalam periode satu bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Standar                         | : | $\leq 2\%$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Sumber data                     | : | <i>Surveillance</i> pengendali infeksi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN,



POPO ALI MARTOPO