



## **BUPATI LUWU UTARA**

### **PERATURAN BUPATI LUWU UTARA NOMOR 19 TAHUN 2013**

#### **TENTANG**

#### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ANDI DJEMMA MASAMBA**

#### **DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

#### **BUPATI LUWU UTARA,**

- Menimbang: a. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 / Menkes / SK / II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu ditindak lanjuti dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Andi Djemma Masamba Kabupaten Luwu Utara ;
- 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 berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati Luwu Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Andi Djemma Masamba.

- Mengingat:
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Daerah Tingkat II Luwu Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3826);
  2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Atas kedua Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
  4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
  5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 228/Menkes/SK/ /III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Utara Nomor 8 tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Kabupaten Luwu Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Utara Tahun 2008 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Utara Nomor 179).

## **MEMUTUSKAN**

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ANDI DJEMMA MASAMBA.**

### **BAB I KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Luwu Utara.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati Luwu Utara dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Andi Djemma Masamba Kabupaten Luwu Utara Tipe C.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, pengembangan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi.
6. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD 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 penyelenggaraanya sesuai dengan standar 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 berdasar 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.

## **BAB II MAKSUD DAN TUJUAN**

### Pasal 2

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

**BAB III**  
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

Bagian Kesatu  
Ketenagaan dan Sarana, Jenis Pelayanan, Indikator,  
Standar, Batas Waktu Pencapaian dan  
Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 3

Untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan RSUD dibutuhkan Standar Tenaga dan Sarana sebagaimana pada lampiran I Peraturan Bupati ini.

Pasal 4

Jenis Pelayanan, Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana pada lampiran II dan III Peraturan Bupati ini.

Bagian Kedua  
Fasilitas Pelayanan

Pasal 5

Fasilitas pelayanan yang tersedia di RSUD meliputi :

1. pelayanan Gawat Darurat ;
2. pelayanan Rawat Jalan ;
3. pelayanan Rawat Inap ;
4. pelayanan Operasi Kamar Bedah ;
5. pelayanan persalinan ;
6. pelayanan ICU/ICCU ;
7. pelayanan Radiologi ;
8. pelayanan Laboratorium ;
9. pelayanan Fisioterapi ;
10. pelayanan Farmasi ;
11. pelayanan Gizi ;
12. pelayanan Transfusi Darah ;
13. pelayanan Gakin
14. pelayanan Rekam Medik ;
15. pengolahan Limbah ;
16. pelayanan Administrasi dan Manajemen ;
17. pelayanan Ambulance ;

18. pelayanan Pemulasaraan Jenazah ;
19. pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit ;
20. pelayanan Laundry ;
21. pencegahan dan Pengendalian Infeksi ; dan
22. penatalaksanaan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit.

#### **BAB IV PELAKSANAAN**

##### Pasal 6

- (1) RSUD merupakan sarana pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Pelaksanaan pelayanan kesehatan pada RSUD harus berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Direktur atau Pimpinan RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

#### **BAB V PENERAPAN**

##### Pasal 7

- (1) Penyusunan Rencana Kerja Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun Rencana Kerja Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

**BAB VI**  
**PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

Bagian Kesatu  
Pembinaan

Pasal 8

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, 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 Standar Pelayanan Minimal;
  - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal ; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua  
Pengawasan

Pasal 9

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur RSUD.

Pasal 10

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 9 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 11

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 8, Pasal 9, dan Pasal 10 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.



- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pencapaian target sesuai yang telah ditetapkan.

Pasal 12

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Kerja Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Andi Djemma Masamba.

**BAB VII  
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 13

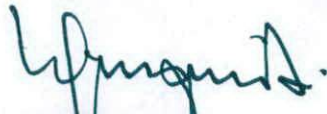

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	
ASISTEN	
KABAG HUKUM	
KASUBAG	

Ditetapkan di Masamba  
pada tanggal 24 JUNI 2013

**BUPATI LUWU UTARA,** 

  
**ARIFIN JUNAIDI** 

Diundangkan di Masamba  
pada tanggal 24 JUNI 2013

**SEKRETARIS DAERAH,**



**MUDJAHIDIN IBRAHIM**

**LAMPIRAN I**  
**PERATURAN BUPATI LUWU UTARA**  
**NOMOR 19 TAHUN 2013**  
**TENTANG**  
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**  
**UMUM DAERAH ANDI DJEMMA MASAMBA**

**KETENAGAAN DAN SARANA**





**1. Ketenagaan**


No	Jenis	Standar	Keterangan
1.	Dokter Spesialis	7	Untuk tenaga keperawatan idealnya 2 perawat/bidan untuk 3 tempat tidur (TT) atau 2 : 3
2.	Dokter Umum	11	
3.	Dokter Gigi	2	
4.	Keperawatan	80	
5.	Kefarmasian	3	
6.	Gizi	3	
7.	Keterapian Fisik	5	
8.	Keterampilan Medis	7	
9.	Tenaga Non Kesehatan	87	

**2. Sarana**

No	Jenis	Standar
1.	Ruang Gawat Darurat	1
2.	Ruang Rawat Jalan (4 Pelayanan Dasar)	4
3.	Ruang Rawat Jalan (Spesialis Lain)	4
4.	Ruang Rawat Inap (4 Pelayanan Dasar)	4
5.	Ruang Rawat Inap (Spesialis Lain)	4
6.	Ruang Perawatan VIP	3
7.	Ruang Perawatan Intensif	1
8.	Ruang Radiologi	1

No	Jenis	Standar
9.	Ruang Laboratorium	1
10.	Ruang Farmasi	1
11.	Ruang Rehabilitasi Medik	1
12.	Ruang Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	1
13.	Bangunan Pengolahan Limbah	1
14.	Ruang Laundry	1
15.	Ruang Pemulasaran Jenazah	1
16.	Gedung Perkantoran	1
17.	Gudang	1
18.	Ambulance	1
19.	Mobil Jenazah	1

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	
ASISTEN	
KABAG HUKUM	
KASUBAG	

**BUPATI LUWU UTARA,** 

  
**ARIFIN JUNAIDI A**

**LAMPIRAN II**  
**PERATURAN BUPATI LUWU UTARA**  
**NOMOR 19 TAHUN 2013**  
**TENTANG**  
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**  
**UMUM DAERAH ANDI DJEMMA MASAMBA**

**JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR**  
**DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN**

<b>NO</b>	<b>JENIS PELAYANAN</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>STANDAR</b>	<b>BATAS WAKTU PENCAPAIAN</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	3 Tahun
		Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	1 Tahun
		Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat <u>yang masih berlaku</u> BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %	2 Tahun
		Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	Satu tim	2 Tahun
		Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤3 – 5 menit terlayani, setelah pasien datang	2 Tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	3 Tahun
		Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	3 Tahun
		Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	1 Tahun
2	Rawat jalan	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	3 Tahun
		Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik anak b. Klinik penyakit dalam c. Klinik kebidanan d. Klinik bedah e. Klinik THT f. Klinik Umum g. Klinik Saraf	2 Tahun
		Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 45 menit	2 Tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	3 Tahun

1	2	3	4	5
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	a. $\geq 60\%$  b. $\leq 60\%$	3 Tahun
3	Rawat Inap	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3	2 Tahun
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	90 %	3 Tahun
		Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah e. Saraf	2 Tahun
		Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	1 Tahun
		Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$	3 Tahun
		Kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq 1,5\%$	3 Tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %	3 Tahun
		Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0.24\%$	2 Tahun
		Kejadian pulang paksa	$\leq 10\%$	2 Tahun
		Kepuasan pelanggan	$\leq 90\%$	3 Tahun
		Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. $\geq 60\%$  b. $\geq 60\%$	3 Tahun  3 Tahun
4	Bedah Umum	Waktu tunggu operasi elektif	$\leq 2$ hari	1 Tahun
		Kejadian Kematian di meja operasi	$\leq 1\%$	1 Tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	2 Tahun

1	2	3	4	5
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	1 Tahun
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	1 Tahun
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	2 Tahun
		Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan anastesi endotracheal tube	$\leq 6 \%$	
5	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1 \%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30 \%$ c. Sepsis $\leq 0,2 \%$	3 Tahun
		Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	3 Tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	1 Tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	2 Tahun
		Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100 %	3 Tahun
		Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	$\leq 20 \%$	3 Tahun
		Kepuasan Pelanggan	$\geq 80 \%$	3 Tahun
6	Intensif	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3 \%$	2 Tahun

1	2	3	4	5
		Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU	3 Tahun 4 Tahun
7	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	3 Tahun
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad	1 Tahun
		Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	3 Tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	4 Tahun
8	Lab. Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	3 Tahun
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	1 Tahun
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100 %	2 Tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	3 Tahun
9	Rehabilitasi Medik	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	≤ 50 %	3 Tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	3 Tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	3 Tahun
10	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	2 Tahun
		Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	3 Tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	3 Tahun
		Penulisan resep sesuai formularium	100 %	3 Tahun
11	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	3 Tahun
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	2 Tahun

1	2	3	4	5
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	3 Tahun
12	Transfusi Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	3 Tahun
		Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	2 Tahun
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	1 Tahun
14	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	4 Tahun
		Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	4 Tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	2 Tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	3 Tahun
15	Pengelolaan Limbah	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 e. BOD5 < 30 mg/l f. NH3 bebas < 0,1 mg/l g. PO4 < 2 mg/l	3 Tahun
		Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	4 Tahun
16	Administrasi dan manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	2 Tahun
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	2 Tahun
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	2 Tahun
		Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100 %	1 Tahun
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	4 Tahun
		Cost recovery	≥ 40 %	2 Tahun



1	2	3	4	5
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	1 Tahun
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	3 Tahun
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	2 Tahun
17	Ambulance / Kereta Jenazah	Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	24 jam	3 Tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit	3 Tahun
		Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	30 Menit	3 Tahun
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	2 Tahun
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 15 Menit	4 Tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	3 Tahun
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	3 Tahun
20	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	2 Tahun
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	1 Tahun
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	3 Tahun

1	2	3	4	5
		Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	75 %	2 Tahun
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75 %	3 Tahun

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	<i>[Signature]</i>
ASISTEN	<i>[Signature]</i>
KABAG HUKUM	<i>[Signature]</i>
KASUBAG	<i>[Signature]</i>

BUPATI LUWU UTARA, *[Signature]*

*[Signature]*  
ARIFIN JUNAIDI *[Signature]*

**LAMPIRAN III  
PERATURAN BUPATI LUWU UTARA  
NOMOR 19 TAHUN 2013  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH ANDI DJEMMA MASAMBA**

**URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

**1. PELAYANAN GAWAT DARURAT.**

**a. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa**

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

**b. Jam buka pelayanan gawat darurat**

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Dua bulan sekali
Numerato	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

### a. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

### b. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut
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	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

### c. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	<b>Buka pelayanan sesuai ketentuan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter umum/spesialis jam buka 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

### d. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu tunggu di Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter umum/ spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei

Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

**e. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei ( <i>minimal n =50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

**f. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

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

Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

### 3. PELAYANAN RAWAT INAP

#### a. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	<b>Pemberi pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (Minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

#### b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	<b>Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</b>
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang pelayanan & Asuhan Keperawatan

### c. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

### d. Jam visite dokter spesialis

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



Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

#### e. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Medik/ Komite Keperawatan

#### f. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	<b>Angka kejadian infeksi nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial

Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan/ Komite Keperawatan/ Tim Patient Safety

**g. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan/ Komite Keperawatan/ Tim Patient Safety

**h. Kematian Pasien > 48 Jam**

Judul	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)

Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Keperawatan/ Tim Patient Safety
-----------------------------------	--

**i. Kejadian pulang paksa**

Judul	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain 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	≤ 5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruang Rawat Inap

**j. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Keperawatan

**k. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

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

**4. PELAYANAN OPERASI KAMAR BEDAH**

**a. Waktu tunggu operasi elektif**

Judul	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan

**b. Kejadian kematian dimeja operasi**

Judul	<b>Kejadian kematian dimeja operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Tim Patient Safety

**c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Tim Patient safety/Komite Medis

**d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Komite Medis

**e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Komite Medis

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Komite Medis

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

Judul	<b>Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung

Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Komite Medis

## 5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

### a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	<b>Kejadian kematian ibu karena persalinan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklamsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan



Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eclampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eclampsia dan sepsis.
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1\%$ pre-eklampsia $\leq 30\%$ , sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Komite Medis/ Komite Keperawatan

#### **b. Pemberi pelayanan persalinan normal**

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan normal</b>
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	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

#### **c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit**

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

**d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi**

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</b>
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 spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan/ Komite Medis

**e. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr**

Judul	<b>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani

Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/Komite Keperawatan

**f. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**

Judul	<b>Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan 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	Rekam medis
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite Medis/ Komite Keperawatan

**g. Kepuasan Pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

## 6. PELAYANAN ICU/ICCU

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

Judul	<b>Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan 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 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite Medis

### b. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	Kepegawaian
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/ Komite Keperawatan

## 7. PELAYANAN RADIOLOGI

### a. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Radiologi

### b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkanannya tanda tangan dokter spesialis radiologi 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 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Radiologi
-----------------------------------	--------------------------

**c. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

Judul	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
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 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Radiologi

**d. Kepuasan pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
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	> 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

## 8. PELAYANAN LABORATORIUM

### a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</b>
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	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Laboratorium

### b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan laboratorium

**c. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium**

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Laboratorium

**d. Kepuasan pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)



Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan/ Kepala Ruangan Laboratorium

## 9. PELAYANAN FISIOTERAPI

### a. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	<b>Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$< 50\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Rehabilitasi Medik

### b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Rehabilitas Medik

### c. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	>80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan/ Kepala Ruangan Rehabilitas Medik

## 10. PELAYANAN FARMASI

### a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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	≤ 30 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

**b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan**

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

**c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

#### **d. Kepuasan Pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan/ Kepala Instalasi Farmasi

#### **e. Penulisan resep sesuai formularium**

Judul	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>
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 sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi
-----------------------------------	--------------------------

## 11. PELAYANAN GIZI

### a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
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 rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

### b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 20%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

**c. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet**

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</b>
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

**12. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH****a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi**

Judul	<b>Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>
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 darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Unit Transfusi Darah

**b. Kejadian reaksi transfusi**

Judul	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala UTD

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

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

#### 14. PELAYANAN REKAM MEDIK

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

Judul	<b>Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Seksi Rekam Medik

##### a. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	<b>Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala Seksi Rekam Medik

**c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan**

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata $\leq 10$ menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Seksi Rekam Medis

**d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap**

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau

	pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Seksi Rekam Medis

## 15. PENGOLAHAN LIMBAH

### a. Baku mutu limbah cair

Judul	<b>Baku mutu limbah cair</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan

**b. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan**

Judul	<b>Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang 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 Pengumpulan data	Kepala Seksi Kesehatan lingkungan

**16. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN****a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi**

Judul	<b>Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur rumah sakit

**b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja**

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk Mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 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	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur

**c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat**

Judul	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

**d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala**

Judul	<b>Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

**e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun**

Judul	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

**f. Cost Recovery**

Judul	<b>Cost recovery</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	$\geq 40\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

**g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

**h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap**

Judul	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan
-----------------------------------	----------------

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

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Sub Bagian Keuangan

**17. PELAYANAN AMBULANCE**

**a. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah**

Judul	<b>Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut



Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

**b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit**

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

**c. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan**

Judul	<b>Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance / kereta jenazah oleh pasien
Definisi Operasional	Ketersediaan penyediaan ambulance / kereta jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Pelayanan Ambulance
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat

Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulance / Kereta Jenazah

## 18. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

### Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulance / Kereta Jenazah

## 19. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

### a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi

	kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS

**b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

Judul	<b>Ketepatan waktu pemeliharaan alat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala IPRS

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

Judul	<b>Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register

Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

## 20. PELAYANAN LAUNDRY

### a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	<b>Tidak adanya kejadian linen yang hilang</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggung Jawab Laundry

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

Judul	<b>Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggung Jawab Laundry

## 21. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

### a. Tim PPI

Judul	<b>Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite PPI/ Tim Patient Safety

### b. Koordinasi APD

Judul	<b>Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)</b>
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim PPI/ Tim Patient Safety

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

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit</b>
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada

	instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim PPI RS/ Tim Patient Safety

## 22. PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS

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

### a. Rawat Jalan

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

Judul	<b>Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan

Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggung Jawab Poli DOTS/ Pengelola TB

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

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggung Jawab Poli DOTS/ Pengelola TB

## **b. Rawat Inap**

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

Judul	<b>Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Pengelola TB

**c. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS**

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan & Asuhan Keperawatan

**d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana**

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Patient Safety



**e. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat**

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 3 - 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**f. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**g. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat**

Judul	<b>Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq$ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**h. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu  $\leq$  48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)**

Judul	<b>Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu <math>\leq</math> 48 jam</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**i. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka**

Judul	<b>Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka</b>
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulani
Periode Analisa	Tiga bulan

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

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan/ Pengelola TB

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	<i>[Signature]</i>
ASISTEN	<i>[Signature]</i>
KABAG HUKUM	<i>[Signature]</i>
KASUBAG	<i>[Signature]</i>

BUPATI LUWU UTARA, *[Signature]*

*[Signature]*  
ARIFIN JUNAIDI *[Signature]*