



BUPATI KAUR

PROVINSI BENGKULU

PERATURAN BUPATI KAUR
NOMOR : 12 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

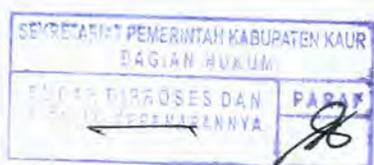
BUPATI KAUR

- Menimbang : a. Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 2, Pasal 3 ayat (1) huruf b, Pasal 4 dan Pasal 6 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, juncto Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, bidang kesehatan merupakan salah satu jenis pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib pemerintah yang berhak diperoleh warga negara secara minimal berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan, keterukuran dan ketepatan sasaran;
- b. Bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar layanan minimal yang ditetapkan sebagai alat ukur mutu pelayanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Kaur;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b diatas, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kaur;



Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1967 tentang Pembentukan Propinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1967 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2828);
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Mukomuko, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur di Provinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 4266);
3. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);



8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 tentang Pedoman teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
13. Peraturan Daerah Kabupaten Kaur Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kaur (Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Tahun 2016 Nomor 237, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Nomor 09);

Memperhatikan : Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

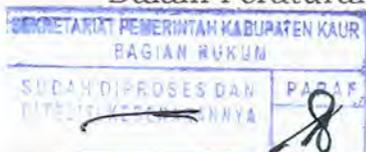
Menetapkan : PERATURAN BUPATI KAUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR.

BAB I

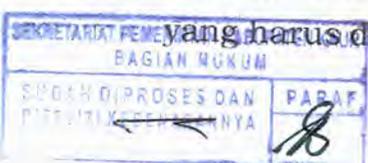
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :



1. Daerah adalah Kabupaten Kaur.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah.
3. Bupati adalah Bupati Kaur.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah RSUD Kabupaten Kaur.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kaur.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kaur kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal yang di singkat (SPM) adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimum yang diberikan oleh RS kepada masyarakat.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
9. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
10. 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, dimana tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO (*World Health Organization*).
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh Rumah Sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
13. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan/status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan suatu yang harus dicapai.



15. Batas waktu pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh kepala daerah untuk mencapai target SPM Rumah Sakit.
16. Definisi operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
18. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kejadian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
19. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
22. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan dengan persoalan.
23. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan.
24. Pelaksana pelayanan adalah petugas atau pegawai yang bertugas di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kaur.
25. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya.
26. Serta merta adalah tercapainya kondisi pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal, segera setelah SPM ditetapkan.
27. Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*).
28. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di rawat inap.
29. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
30. Pelayanan bedah sentral adalah pelayanan pembedahan (operasi) yang ditempatkan secara terpusat di suatu rumah sakit, dengan memperhatikan prinsip kenyamanan, pencegahan infeksi dan kontaminasi, serta adanya barrier antara hal-hal yang bersifat bersih dengan yang kotor.



31. Pelayanan persalinan, perinatologi dan KB adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan, pelayanan bagi bayi serta pelayanan kontrasepsi bagi pasangan usia subur.
32. Pelayanan intensif adalah pelayanan yang dilakukan bagi pasien yang berpenyakit kritis di ruangan yang memiliki peralatan dan petugas khusus untuk melaksanakan observasi, rawatan, pengobatan dan penanganan lainnya secara intensif.
33. Pelayanan radiologi adalah pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
34. Pelayanan laboratorium patologi klinik adalah pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemeriksaan laboratorium yang melibatkan tenaga ahli patologi klinik untuk mendukung penegakan diagnosa penyakit dan manajemen pengobatan pasien.
35. Pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan/atau rehabilitatif untuk mencapai fungsi yang optimal.
36. Pelayanan farmasi adalah pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan, reagen, radio farmasi dan gas medis yang dipimpin oleh seorang apoteker.
37. Pelayanan gizi adalah pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan diet hingga evaluasi diet pasien.
38. Pelayanan transfusi darah adalah pelayanan kesehatan yang meliputi perencanaan, pengerahan dan pelestarian pendonor darah, penyediaan darah, pendistribusian darah, dan tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
39. Pelayanan keluarga miskin adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien/keluarga yang sama sekali tidak mempunyai kemampuan untuk membayar biaya kesehatannya yang dibuktikan dengan surat keterangan resmi yang diterbitkan instansi yang berwenang.
40. Pelayanan rekam medik adalah pelayanan berupa pemberian bukti tertulis sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.
41. Pengelolaan limbah adalah bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di Rumah Sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit.



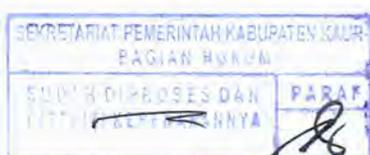
42. Pelayanan administrasi manajemen adalah proses kegiatan organisasi yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumber daya yang ada di Rumah Sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efisien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
43. Pelayanan ambulance adalah pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan termasuk evakuasi medik dan/atau pelayanan rujukan pasien dari tempat tinggal pasien ke rumah sakit dan/atau pelayanan rujukan pasien dari rumah sakit ke rumah sakit yang lebih mampu.
44. Pelayanan pemulasaran jenazah adalah pelayanan yang meliputi perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah, dan pelayanan lainnya terhadap jenazah.
45. Pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit (PPSRS) adalah pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan di Rumah Sakit.
46. Pelayanan laundry adalah pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen di Rumah Sakit.
47. Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di Rumah Sakit yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
48. Pengawas internal adalah satuan kerja fungsional dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada direktur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di Rumah Sakit agar sesuai dengan standar pelayanan minimal.
49. Pengawas eksternal adalah satuan kerja fungsional yang berasal dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Bupati, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit agar sesuai dengan standar pelayanan minimal.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.



- (2) SPM bertujuan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman pemerintah, para pembuat kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan di RSUD tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target/capaian waktu daerah/Kabupaten, serta cara perhitungan pencapaian kinerja dan sumber data di RSUD.

BAB III

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, DAN URAIAN SERTA BATAS WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya pemulihan kesehatan dan pencegahan penyakit.
- (2) Jenis-jenis pelayanan minimal wajib disediakan oleh RSUD, meliputi :
- a. pelayanan Gawat Darurat;
 - b. pelayanan Rawat Jalan;
 - c. pelayanan Rawat Inap;
 - d. pelayanan Bedah Sentral (Bedah Saja);
 - e. pelayanan Persalinan, Perinatologi Dan KB;
 - f. pelayanan Intensif;
 - g. pelayanan Radiologi;
 - h. pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
 - i. pelayanan Rehabilitasi Medik;
 - j. pelayanan Farmasi;
 - k. pelayanan Gizi;
 - l. pelayanan Transfusi Darah;
 - m. pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN);
 - n. pelayanan Rekam Medik;
 - o. pengelolaan Limbah;
 - p. pelayanan Administrasi Manajemen;
 - q. pelayanan Ambulance;
 - r. pelayanan Pemulasaran Jenazah;
- s. pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (Ppsrs);

- t. pelayanan Laundry; dan
- u. pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI);

Bagian Kedua

Indikator, Standar dan Uraian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pasal 4

Indikator, Standar dan Uraian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2), tercantum pada Lampiran I dan Lampiran II Laporan SPM setiap Tahun yang disahkan oleh Direktur RSUD Kaur.

Bagian Ketiga

Batas Waktu Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pasal 5

RSUD menyusun rencana pencapaian SPM yang memuat target tahunan pencapaian SPM dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM sebagaimana telah ditetapkan pada Lampiran I Laporan SPM setiap Tahun yang disahkan oleh Direktur RSUD Kaur.

BAB IV

PENGORGANISASIAN

Pasal 6

- (1) Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD sesuai SPM yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Penyelenggaraan Pelayanan RSUD sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas yang melaksanakan urusan di bidang kesehatan.

BAB V

PELAKSANAAN

Bagian Kesatu

Penerapan

Pasal 7

- (1) RSUD Kaur wajib melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM.
- (2) Direktur RSUD bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan berkewajiban membantu menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.



- (4) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh petugas dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (5) RSUD menyusun Rencana Aksi Strategis berisikan rencana kerja anggaran yang mencakup program kerja, kegiatan, target kinerja, biaya indikatif dan rencana peningkatan mutu pelayanan tahunan yang disusun oleh Direktur Rumah Sakit, serta dibantu oleh setiap unit kerja pelayanan dan administrasi, dan menerima berbagai masukan dari Perangkat Daerah yang membidangi Perencanaan Pembangunan Daerah di Kabupaten Kaur, serta Dinas yang melaksanakan urusan di bidang kesehatan atau satuan kerja teknis lainnya.

Bagian Kedua
Penyediaan Sumber Daya

Pasal 8

- (1) Pemerintah Daerah bertanggungjawab dalam penyediaan Sumber Daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai SPM.
- (2) Penyediaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, sarana prasarana, dipenuhi sesuai dengan potensi, kemampuan dan prioritas daerah.
- (3) Penyediaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bersumber pada Dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau sumber dana lainnya yang dianggap sah dan tidak mengikat.

BAB VI
PEMBINAAN

Pasal 9

- (1) Pembinaan penerapan SPM di RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM dan mekanisme kerjasama antar daerah Kabupaten/Kota, berupa pemberian orientasi umum, pemberian standar teknis atau pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan, yang meliputi :
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM, termasuk kesenjangan pembiayaannya;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM

RSUD.



Pasal 10

Pemerintah Daerah melaksanakan pembinaan, supervisi, monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM di Rumah Sakit dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah wajib mendukung pengembangan kapasitas RSUD yang belum mampu mencapai SPM Rumah Sakit.
- (2) Dukungan pengembangan kapasitas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.

BAB VII

PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pengawas Internal

Pasal 12

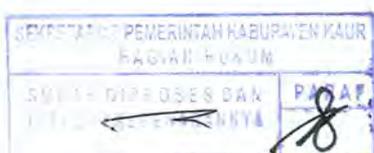
- (1) Pengawasan operasional pelayanan berdasarkan SPM dilakukan oleh pengawas internal Rumah Sakit.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur RSUD.
- (3) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Fungsi pengendalian Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen RSUD dalam hal tercapainya prestasi kerja atau target kinerja agar sesuai dengan SPM.

Bagian Kedua

Pengawas Eksternal

Pasal 13

- (1) Pengawasan Eksternal terhadap RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Dewan Pengawas RSUD, yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Pengawas Eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas untuk mengawasi dan membantu pengendalian pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal di RSUD.



Bagian Ketiga

Pelaporan

Pasal 14

RSUD berkewajiban untuk menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan sesuai SPM yang telah ditetapkan kepada Bupati setiap 1 (satu) Tahun sekali.

BAB VIII

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 15

- (1) Pejabat/Pegawai yang selama ini bertugas sebagai penanggungjawab masing-masing indikator SPM tetap menjalankan tugasnya sampai dengan Direktur RSUD menetapkan penanggungjawab masing-masing Indikator yang tercantum di dalam SPM sesuai dengan Peraturan Bupati ini.
- (2) Penetapan penanggungjawaban masing-masing indikator sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling lambat 3 (tiga) bulan sejak diberlakukannya Peraturan Bupati ini.

BAB IX

KETENTUAN PENUTUP

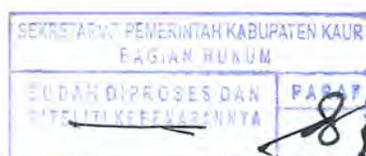
Pasal 16

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bintuhan

pada tanggal, 4 Januari 2022



BUPATI KAUR

LISMIDIANTO

Diundangkan di Bintuhan

pada tanggal, 5 Januari 2022

SEKRETARIS DAERAH

KABUPATEN KAUR,

ERSAN SYAHFIRI

BERITA DAERAH KABUPATEN KAUR TAHUN 2022 NOMOR : 1016

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI KAUR
 NOMOR : 12 TAHUN 2022
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
 SAKIT UMUM DAERAH KAUR

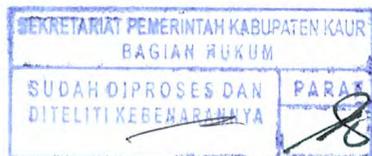
STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN
 INDIKATOR DAN STANDAR

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI/ STANDAR
1	2	3	4
1	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan gawat darurat 2. Kemampuan Menangani <i>Live Saving</i> di IGD 3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat 6. Kepuasan pelanggan 7. Kematian pasien \leq 24 jam di IGD 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	24 jam 100 % 100 % 1 tim \leq 5 menit \geq 70 % \leq 2 % 100 %
2	Rawat jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis 2. Pemberi pelayanan di poli psikologi klinis 3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan 4. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan 5. Waktu tunggu di rawat jalan. 6. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan 7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS 8. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberkulosis 9. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100 % 100 % 100 % 100 % \leq 60 menit \geq 80 % 100 % \geq 60 % \geq 60 %



1	2	3	4
3	Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan di Rawat inap 2. Dokter penanggung jawab pasien 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, syaraf, Gigi Spesialis Prostodonti, Anaesthesi) 4. Jam visite Dokter Spesialis 5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian 6. Kematian > 48 jam 7. Kejadian pulang paksa 8. Kepuasan pelanggan 9. Pasien rawat inap tuberkulosis yang dilayani dengan strategi DOTS 10. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis 11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit 	<p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>≤ 0,24 %</p> <p>≤ 5 %</p> <p>≥ 80 %</p> <p>≥ 60 %</p> <p>≥ 60 %</p> <p>≥ 60 %</p>
4	Kamar Operasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu Tunggu Operasi Elektif 2. Kejadian kematian dimeja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> 	<p>≤ 2 hari</p> <p>≤ 1%</p> <p>≤ 1 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>≤ 6 %</p>
5	Persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 	<p>Perdarahan ≤ 1 %</p> <p>Eklamsi ≤ 30 %</p> <p>Sepsis ≤ 0,2 %,</p> <p>Partus lama ≤ 20 %</p>

1	2	3	4
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Pelayanan persalinan melalui SC	100 % 100 % 100 % ≤ 20 %
6	Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100 %
7	Keluarga Berencana	1. Persentase KB Vasektomi dan Tubektomi 2. Persentase peserta KB mantap	100 % 100 %
8	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Intensif	≤ 3 % 100 %
9	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. Kepuasan pelanggan	≤ 3 jam 100 % ≤ 2 % ≥ 80 %
10	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 140 menit 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp.PK 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	100 % 100 % 100 % ≥ 80 %
11	Fisioterapi	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Fisioterapi yang direncanakan. 2. Tidak adanya kesalahan tindakan fisioterapi 3. Kepuasan Pelanggan	≤ 50 %. 100 % ≥ 80 %
12	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit 3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat 4. Kepuasan pelanggan	100 % 100 % 100 % ≥ 80 %



1	2	3	4
		5. Penulisan resep sesuai formularium	≥ 80 %
13	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	≥ 90 % ≤ 20 % 100 %
14	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi tranfusi	100 % ≤ 0,01 %
15	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi	100 % 100 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit	100 % 100 %
16	BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %
17	Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair : - BOD - COD - TSS - Ph 2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l 6 - 9 100 %
18	Administrasi Manajemen	1. Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun 6. <i>Cost recovery</i> 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif)	≤ 2 hari ≤ 1 bulan 100 % 100% ≥ 80 % ≥ 40 % 100 % ≤ 2 jam 100 %

1	2	3	4
19	Ambulance/Kereta Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance jenazah 24 jam 2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance di Rumah Sakit < 30 menit 	<p>100 %</p> <p>100 %</p>
20	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap pelayanan Pemulasaraan Jenazah < 2 jam	100 %
21	Loundry	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang. 2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam 	<p>100 %</p> <p>100 %</p>
22	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat. 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan Kalibrasi 	<p>≥ 80 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>
23	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota TIM PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap Instalasi 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosoko-mial/HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di Rumah Sakit 4. Kejadian Infeksi Pasca Operasi 5. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial 6. Angka Kejadian Luka Dekubitus 7. Angka Kejadian Flebitis 	<p>≥ 75%</p> <p>≥ 60%</p> <p>≥ 75%</p> <p>≤ 1,5 %</p> <p>≤ 1,5 %</p> <p>≤ 2 %</p> <p>≤ 2 %</p>



BUPATI KAUR,

LISMIDIANTO

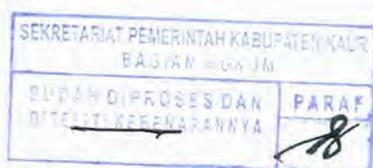
LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI KAUR
 NOMOR : 12 TAHUN 2022
 TENTANG STANDAR PELAYANAN
 MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
 DAERAH KAUR

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

A.	Indikator	: Jam buka pelayanan gawat darurat
	Dimensi Mutu	: Keterjangkauan
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit
	Definisi Operasional	: Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah hari dalam satu bulan
	Sumber data	: Laporan bulanan
	Standar	: 24 jam
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

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



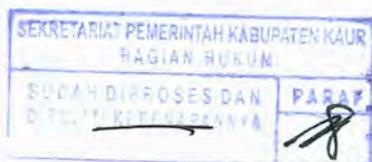
C.	Indikator	: Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
	Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
	Definisi Operasional	: Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah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

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



E.	Indikator	: Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
	Dimensi Mutu	: Keselamatan dan efektifitas
	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
	Definisi Operasional	: Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 30)
	Sumber data	: Sample
	Standar	: ≤ 5 menit
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

F.	Indikator	: Kepuasan Pelanggan
	Dimensi mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
	Definisi operasional	: Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di diberikan
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
	Periode analisis	: Tiga bulan sekali
	Numerator	: Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survey
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n= 50)
	Sumber data	: Survey
	Standar	: ≥ 80 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat



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

H.	Indikator	: Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
	Dimensi mutu	: Akses dan keselamatan
	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
	Definisi operasional	: Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
	Frekuensi pengumpulan data	: Tiga bulan
	Periode analisis	: Tiga bulan
	Numerator	: Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
	Sumber data	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat



2. PELAYANAN RAWAT JALAN

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

B.	Indikator	: Ketersediaan pelayanan rawat jalan
	Dimensi Mutu	: Akses
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
	Definisi Operasional	: Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit Klinik: anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah, gigi, pojok DOTS.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada
	Denominator	: Tidak ada
	Sumber data	: Register rawat jalan
	Standar	: 100 %.
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan



3. PELAYANAN RAWAT INAP

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

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

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

D.	Indikator	: Jam visite dokter spesialis
	Dimensi mutu	: Akses, kesinambungan pelayanan
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
	Definisi operasional	: Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 17.00
	Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
	Periode analisis	: Tiap tiga bulan
	<i>Numerator</i>	: Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 17.00 yang disurvei
	<i>Denominator</i>	: Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
	Sumber data	: Survey
	<i>Standar</i>	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

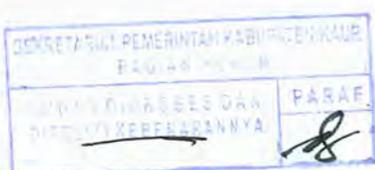


E.	Indikator	: Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
	Definisi Operasional	: Kejadian pasien jatuh kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
	Denominator	: Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut.
	Sumber data	: Rekam medis, laporan Kepala Ruangan
	Standar	: 100%
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap.

F.	Indikator	: Kematian pasien > 48 jam
	Dimensi mutu	: Keselamatan dan efektivitas
	Tujuan	: Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
	Definisi operasional	: Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisis	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
	Sumber data	: Rekam Medik
	Standar	: $\leq 0,24 \%$
	Penanggungjawab	: Kepala Instalasi Rawat Inap.

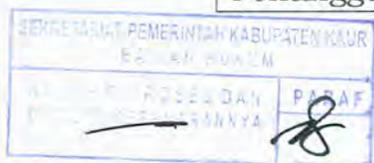
G.	Indikator	: Kejadian pulang paksa
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan
	Tujuan	: Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
	Definisi Operasional	: Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan.
	Sumber data	: Rekam medis
	Standar	: $\leq 5\%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

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



I.	Indikator	: Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
	Dimensi mutu	: Akses, efisiensi
	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
	Definisi operasional	: Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulang-an tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
	Frekuensi pengumpulan data	: Tiap 3 bulan
	Periode analisis	: Tiap 3 bulan
	Numerator	: Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien Rawat Inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
	Sumber data	: Register Rawat Inap, register TB
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

J.	Indikator	: Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
	Dimensi mutu	: Efektivitas, keselamatan
	Tujuan	: Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
	Definisi operasional	: Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisis	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
	Denominator	: Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
	Sumber data	: Rekam Medik
	Standar	: $\geq 60\%$
	Penanggungjawab	: Kepala Instalasi Rawat Inap



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

3. PELAYANAN OPERASI

A.	Indikator	: Waktu tunggu operasi elektif
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah.
	Definisi Operasional	: Waktu tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai pasien didaftarkan operasi sampai dengan pelaksanaan operasi.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan tersebut
	Sumber data	: Survey
	Standar	: ≤ 2 hari
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi



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

C.	Indikator	: Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
	Definisi Operasional	: Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan 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 tersebut
	Sumber data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi dan Komite Medik

F. Indikator	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	: Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	: 1 bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	: 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi

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

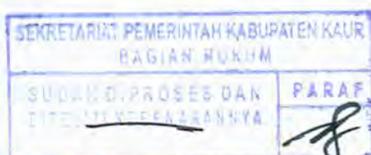
4. PELAYANAN PERSALINAN

A. Indikator	: Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	: Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis Pendarahan: adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu: – Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg – Protein uria > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif – Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah: fase laten persalinan (primi para > 8 jam, multipara > 6 jam)
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia, sepsis (masing- masing penyebab)
Denominator	: Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)
Sumber data	: Register ruang kebidanan
Standar	: Pendarahan ≤ 1%, eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 % partus lama ≤ 20%
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan



B.	Indikator	: Pemberi pelayanan persalinan normal
	Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
	Definisi Operasional	: Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
	Denominator	: Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
	Sumber data	: Register ruang kebidanan
	Standar	: 100%
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

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



D.	Indikator	: Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
	Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
	Definisi Operasional	: Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah Dokter Sp. OG, Dokter Spesialis Anak, Dokter Anesthesi.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah tenaga Dokter Sp. OG, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anesthesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
	Denominator	: Jumlah seluruh tenaga Dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
	Sumber data	: Register ruang kebidanan
	Standar	: 100%
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

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

5. PELAYANAN PERINATOLOGI

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

6. PELAYANAN INTENSIF

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



B.	Indikator	: Pemberi pelayanan di unit intensif
	Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten.
	Definisi Operasional	: Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 6 bulan
	Numerator	: Jumlah tenaga Dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU
	Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
	Sumber data	: Ruang ICU
	Standar	: $\geq 90 \%$.
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang ICU

7. PELAYANAN RADIOLOGI

A.	Indikator	: Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
	Definisi Operasional	: Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut.
	Sumber data	: Survey
	Standar	: ≤ 3 jam
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Radiologi

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

C.	Indikator	: Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
	Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
	Definisi Operasional	: Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan.
	Sumber data	: Register di Instalasi Radiologi
	Standar	: ≤ 2%
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Radiologi

D.	Indikator	: Kepuasan pelanggan
	Dimensi Mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
	Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
	Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Radiologi

8. PELAYANAN LABORATORIUM

A.	Indikator	: Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 140 menit
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
	Definisi Operasional	: Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
	Sumber data	: Survey
	Standar	: $\geq 90\%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

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

C.	Indikator	: Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya ketelitian pelayanan lab patologi klinik
	Definisi Operasional	: Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di lab patologi klinik dalam satu bulan tersebut.
	Sumber data	: Register laboratorium
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

D.	Indikator	: Kepuasan pelanggan
	Dimensi Mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
	Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
	Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

9. PELAYANAN FISIOTERAPI

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



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

C. Indikator	: Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	: Survei
Standar	: $\geq 80\%$
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Unit Fisioterapi



10. PELAYANAN FARMASI

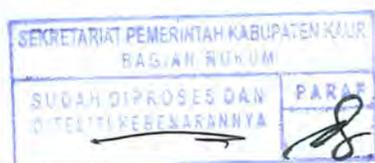
A.	Indikator	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
	Definisi Operasional	: Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan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

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



C.	Indikator	: Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
	Dimensi Mutu	: Keselamatan dan kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
	Definisi Operasional	: Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
	Sumber data	: PIO
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

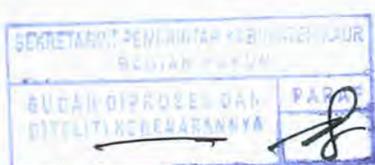
D.	Indikator	: Kepuasan pelanggan
	Dimensi Mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
	Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
	Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei (dalam prosen)
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi



E.	Indikator	: Penulisan resep sesuai formularium
	Dimensi Mutu	: Efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
	Definisi Operasional	: Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

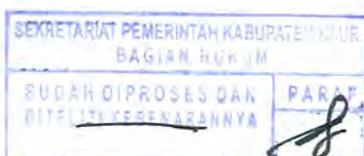
11. PELAYANAN GIZI

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



B. Indikator	: Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisien
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	: Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	: Survei
Standar	: $\leq 20\%$
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gizi

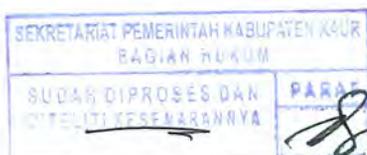
C. Indikator	: Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	: Keamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	: Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan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



12. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

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

B.	Indikator	: Kejadian reaksi transfusi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya manajemen resiko pada bank darah
	Definisi Operasional	: Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
	Sumber data	: Register Ruang Rawat Inap
	Standar	: $\leq 0,01$ %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala BDRS



13. PELAYANAN REKAM MEDIK

A.	Indikator	: Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
	Dimensi Mutu	: Kesenambungan pelayanan dan keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
	Definisi Operasional	: Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang di isi lengkap
	Denominator	: Jumlah rekam medik yang di isi dalam 1 bulan
	Sumber data	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik
B.	Indikator	: Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
	Definisi Operasional	: <i>Informed concern</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang mendapat <i>tindakan medik</i> yang disurvei dalam 1 bulan
	Sumber data	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik

C. Indikator	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan \leq 15 menit
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	: Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisa	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
Denominator	: Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	: survei
Standar	: \geq 90 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik

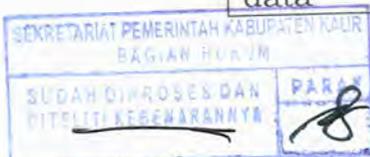
D. Indikator	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap \leq 10 menit
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	: Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama untuk digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisa	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	: Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	: survei
Standar	: \geq 80 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik

14. PELAYANAN BPJS

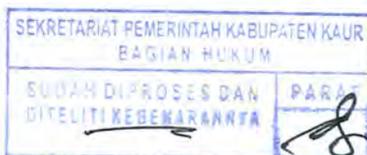
Indikator	: Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	: Akses
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	: Pasien miskin pasien pemegang kartu BPJS
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: 100 % terlayani
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Seksi pelayanan Medis dan Keperawatan

15. PELAYANAN PENGOLAHAN LIMBAH

A.	Indikator	: Baku mutu air limbah
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
	Definisi Operasional	: Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/ltr COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/ltr TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/ltr pH : 6-9
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
	Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
	Sumber data	: Hasil pemeriksaan
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Unit Kesehatan Lingkungan

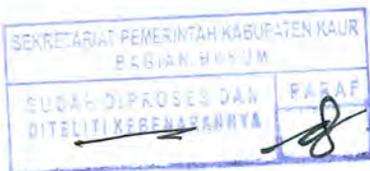


B. Indikator	: Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan.
Dimensi Mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	: Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	: Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	: Hasil pengamatan
Standar	: 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Unit Kesehatan Lingkungan



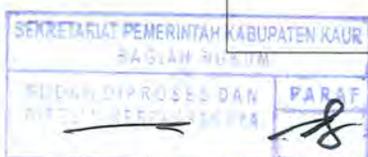
16. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

A.	Indikator	: Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.
	Dimensi Mutu	: Efektifitas
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
	Definisi Operasional	: Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
	Denominator	: Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
	Sumber data	: Notulen rapat
	Standar	: 100 %
	Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Umum dan Perlengkapan



B. Indikator	: Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	: Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
Periode analisa	: 1 tahun
Numerator	: Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam Satu tahun
Denominator	: Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam Satu tahun
Sumber data	: Sub Bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	: 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Keuangan dan Perencanaan

C. Indikator	: Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	: Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober



Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
Periode analisa	: 1 tahun
Numerator	: Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data	: Sub Bag Kepegawaian
Standar	: 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Kepegawaian

D.

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

E.

Indikator	: Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	: Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perkaryawan 20 jam per tahun

Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
Periode analisa	: 1 tahun
Numerator	: Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	: Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	: Sub Bag Kepegawaian
Standar	: $\geq 80\%$
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Kepegawaian

F.

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

G.

Indikator	: Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	: Efektifitas
Tujuan	: Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	: Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	: Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan

Sumber data	: Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	: 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

H. Indikator	: Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
Definisi Operasional	: Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisa	: Tiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	: Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	: 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

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

Standar	: $\geq 60\%$
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

17. PELAYANAN AMBULANCE /KERETA JENAZAH

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

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

Standar	: $\geq 80 \%$
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Unit Ambulance

18. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

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

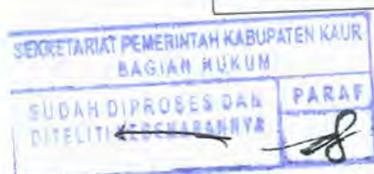
19. PELAYANAN LAUNDRY

A. Indikator	: Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisiensi
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 jumlah sampling dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	: Survey
Standar	: 100%
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laundry

B. Indikator	: Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam
Dimensi Mutu	: Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	: Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	: Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 1 bulan
Numerator	: Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	: Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	: Survey
Standar	: $\geq 80\%$
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laundry

20. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

A. Indikator	: Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	: Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit
Denominator	: Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	: Catatan laporan kerusakan alat
Standar	: $\geq 80\%$
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala IPRS



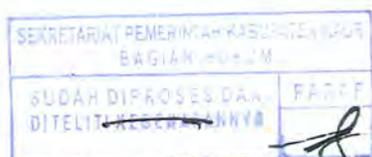
B. Indikator	: Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	: Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk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

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

21. PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

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

B.	Indikator	: Tersedianya alat pelindung diri (APD) disetiap Instalasi
	Dimensi mutu	: Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
	Tujuan	: Tersedianya APD di setiap instalasi RS
	Definisi operasional	: Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap hari
	Periode analisis	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah instalasi yang menyediakan APD
	Denominator	: Jumlah instalasi di rumah sakit
	Sumber data	: Survey
	Standar	: $\geq 60\%$
	Penanggungjawab	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi



C. Indikator	: Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	: Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	: Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	: Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/infeksi luka operasi, ILI/infeksi luka infus, VAP/ventilator associated pneumonie, ISK/infeksi saluran kemih)
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap hari
Periode analisis	: 1 bulan
Numerator	: Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	: Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	: Survei
Standar	: $\geq 75\%$
Penanggungjawab	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

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

E.	Indikator	: Angka kejadian infeksi nosokomial
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial lainnya di rumahsakit (selain ILO, decubitus, phlebitis)
	Definisi Operasional	: Infeksi nosokomial lainnya adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit seperti sepsis, pneumonia, (tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang dirawat yang terkena infeksi nosokomial seperti sepsis, pneumonia (tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)
	Denominator	: Jumlah pasien rawat inap 1 bulan
	Sumber data	: Laporan tim PPI
	Standar	: $\leq 1,5 \%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

F.	Indikator	: Angka Kejadian luka Decubitus
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Untuk mengetahui apakah teknik perawatan pasien tirah baring telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
	Definisi Operasional	: Decubitus adalah kerusakan/ kematian kulit yang terjadi akibat gangguan aliran darah setempat dan iritasi pada kulit dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan (dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya) dalam jangka waktu yang lama.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami decubitus dalam periode satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang dirawat dalam periode satu bulan
	Sumber data	: Surveillance pengendali infeksi
	Standar	: $\leq 2\%$
	Penanggungjawab pengumpul data	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

G. Indikator	: Angka Kejadian Phlebitis
Dimensi Mutu	: Keselamatan Pasien
Tujuan	: Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan dan perawatan Infus dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai Protap)
Definisi Operasional	: Phlebitis merupakan <i>inflamasi vena</i> yang disebabkan baik oleh <i>iritasi kimia</i> maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi <i>Intravena</i> PLEBITIS dikarakteristikkan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan, bengkak, <i>Indurasi</i> dan teraba mengeras di bagian Vena yang terpasang <i>Kateter Intravena</i>
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 1 bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami Phlebitis dalam periode satu bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang terpasang Infus dalam periode satu bulan
Standar	: $\leq 2\%$
Sumber data	: Surveillance pengendali Infeksi
Penanggungjawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap



BUPATI KAUR,

 LISMIANTO

LAMPIRAN III
 PERATURAN BUPATI KAUR
 NOMOR : 12 TAHUN 2022
 TENTANG STANDAR PELAYANAN
 MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
 DAERAH KAUR

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1 PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak dan Dewasa

Judul	Kemampuan Menangani <i>life saving</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	<i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airway, breath, circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Uit Gawat darurat
Sumber Data	Daftar Inventaris alat di UGD
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Gawat Darurat

b. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

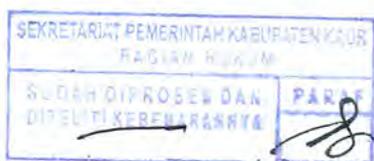
Judul	Jam Pelayanan di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah GAwat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Gawat Darurat

c. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat darurat
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/ GELS yang masih berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat Daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu- waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
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
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Gawat Darurat



e. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

f. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

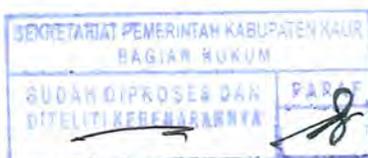
Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 70\%$
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Gawat Darurat/Tim mutu/panitia Mutu

g. Kematian Pasien \leq 24 Jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien \leq 24 Jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	\leq 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Gawat Darurat

h. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

Judul	Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Sample
Standar	\leq 5
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu



2 PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	a. Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh Dokter spesialis dalam waktu satu bulan b. Jumlah hari buka klinik psikologi klinis oleh Psikolog Klinis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan rawat jalan

b. Psikolog Klinis

Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan poli psikologi dengan tenaga psikolog klinis yang kompeten
Definisi Operasional	Poli psikologi klinis adalah pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh psikolog klinis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik psikologi klinis oleh Psikolog Klinis dalam waktu satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poli dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register psikolog klinis
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan rawat jalan

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (sesuai dengan kelas rumah sakit permenkes No 340/2010)
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan rawat jalan

d. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at pukul 08.00 s.d. 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala ruangan rawat jalan

e. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

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

f. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥90%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat jalan



g. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Jalan Tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis 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 panduan obat anti tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat inap

Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

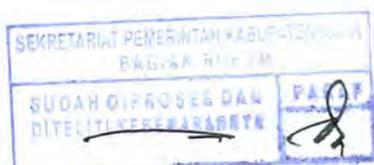
Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya Kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB
Definisi Operasional	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit adalah pencatatan strategi penanggulangan TB dan mengevaluasi pasien TB yang melakukan pengobatan di RS.
Frekuensi Pengumpulan Data	Pengumpulan data di lakukan per 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun.
Periode Analisa	Pengumpulan data di lakukan per 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun.
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan TB
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan TB
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 dan TB 01.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat inap

Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang Kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga Dokter dan Perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan Perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat inap

Dokter PenanggungJawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, 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%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat inap



Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap oleh tenaga Spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh Dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	100% (sesuai dengan kelas rumah sakit permenkes No 340/2010)
Penanggungjawab data	Kepala Ruangan rawat inap

Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite Dokter spesialis adalah kunjungan Dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada 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%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat inap/Komite medik/Panitia Mutu

e. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kolor), 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 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

f. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat inap/komite medik/panitia Mutu

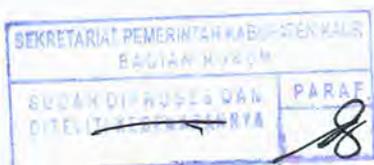


g. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan atau Kematian

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan atau Kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi Pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb
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 Ruangan rawat inap

h. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 24/1000 (internasional) atau ≤ 25/1000 (indonesia)
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu



i. Kejadian Pulang Paksa

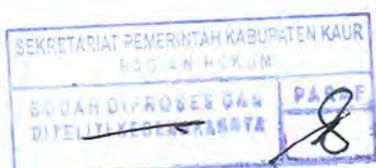
Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
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 medik
Standar	≤5%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua Komite mutu/tim mutu

j. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat dan kondisi ruangan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

k. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS



Definisi Operasional	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 tuberculo- sis 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%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan rawat inap

4. BEDAH SENTRAL
a. Waktu Tunggu Operatif Elektif

Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	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 bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 hari
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral



b. Kejadian Kematian Dimeja Operasi

Judul	Kejadian Kematian Dimeja Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan Anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan 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	$\leq 1\%$
Penanggungjawab	Kepala Ruangan bedah sentral/komite medis

c. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi 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	$\leq 100\%$
Penanggungjawab	Kepala Ruangan bedah sentral/komite medis



d. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggungjawab	Kepala Ruangan bedah sentral/komite medis

e. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan 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	$\leq 100 \%$
Penanggungjawab	Kepala Ruangan bedah sentral/komite medis



f. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggal benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan Pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan 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	$\leq 100\%$
Penanggungjawab	Kepala Ruangan bedah sentral/komite medis

g. Komplikasi Anastesi karena Over Dosis, Reaksi Anastesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi Anastesi karena Over Dosis, Reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan Berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan



Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 6\%$
Penanggungjawab	Kepala Ruangan bedah sentral/komite medis

5 PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU dan ANAK)

A Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan

Judul	Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis(masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1\%$ pre-eklampsia $\leq 30\%$, sepsis $\leq 0,2\%$

b. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala SMF Kebidanan

c. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre-eklamsi berat, tali pusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, rekam medis, SMF Kebidanan
Standar	Tersedia
Penanggungjawab	Kepala SMF Kebidanan

d. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter S.p.,OG, dokter Sp.,A dan dokter spesialis anestesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Komite Mutu

e. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

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



f. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

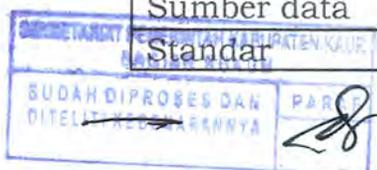
Judul	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pebedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu Bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 20\%$
Penanggungjawab	Komite mutu

g. Keluarga Berencana

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

h. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$



Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu
------------------	----------------------------

6. PELAYANAN INTENSIF

a. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan intensif
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Sumber data	Unit Pelayanan intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggungjawab	Kepala Ruangan ICU

b. Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam

Judul	Rata - Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 3 %
Penanggungjawab	Komite medik/mutu



7 RADIOLOGI

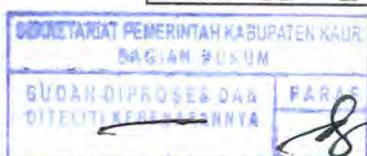
a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam satu bulan
Denominator	Jumlah yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 3%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Radiologi

Pelaksana Ekspertisi Hasil

c. Pemeriksaan

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu Bulan
Sumber data	Register di Instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Radiologi



c. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya dan efesiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang dapat di baca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 Bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Radiologi

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggungjawab	Ketua komite mutu/tim mutu



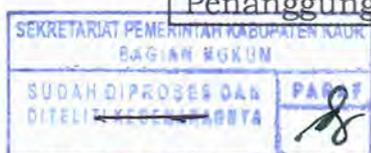
8 LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laboratorium

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu Bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laboratorium



c. Tidak adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laboratorium

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laboratorium

9. RUANG FARMASI

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggungjawab	Kepala Ruangan farmasi

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tegang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan Tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab	Kepala Ruangan farmasi

c. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian Obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan farmasi

d. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan farmasi

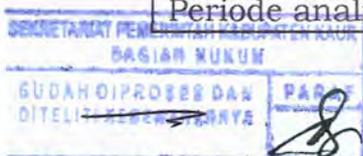
e. Kepuasan Pasien

Judul	Kepuasan Pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif hasil penelitian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan farmasi

10. GIZI

a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan



Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab	Kepala Ruangan gizi/Kepala Ruangan rawat inap

b. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RS)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang di survey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan gizi/Kepala Ruangan rawat inap

c. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan gizi/Kepala Ruangan rawat inap

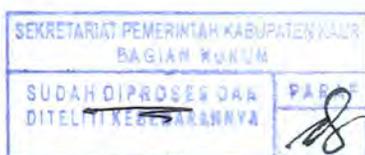
11. TRANSFUSI DARAH

a. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Bagi Setiap Pelayan Transfusi Darah
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan Bank Darah

b. Kejadian Reaksi Tranfusi

Judul	Kejadian Reaksi Tranfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi tranfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat tranfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat tranfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian tranfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi tranfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq 0,01\%$
Penanggungjawab	Kepala UTD



12 PELAYANAN GAKIN

- a. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

13 REKAM MEDIK

- a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi oper	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau pasien rawat inap setelah diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan rekam medik/ Kasubbid Rekam Medik

b. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan rekam medik

c. Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Eketivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/pasien lama
Standar	≤ 10 menit
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Rekam Medik

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Eketivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey
Standar	≤ 15 menit
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Rekam Medik

14. PENGELOLAAN LIMBAH

a. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah sakit terhadap keamanan limbah cair RS
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid): 30 mg/liter PH: 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah keseluruhan pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

b. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan

Judul	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari Lingkungan
Definisi operasional	Limbah padat adalah limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi RS
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai peraturan Perundangan-Undangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tanpa seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas RS dan permenkes no 1204 tahun 2004
Penanggungjawab	Kepala Ruangan pengelolaan limbah RS

15. ADMINISTRASI dan MANAJEMEN

a. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	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 Tingkat Direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus di tindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	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%
Penanggungjawab	Direktur

c. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

SEKRETARIAT PEMERINTAH KABUPATEN NAGASARI
 SAU-UM
 SUDAH DIPROSES DAN
 DITELESTIFIKASIKAN
 PANGKAT

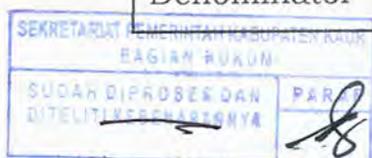
Tujuan	Terampranya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan Pegawai
Definisi operasional	Usulan Kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

e. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi keryawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bkan pendidikan formal Miimal 20 jam pertahun
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub bagian keegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

f. Cost Recovery

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan



Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	≥ 40%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

g. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

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

h. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggungjawab	Bagian keuangan



i. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Intensif
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/ peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian Insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	3
Sumber data	Hasil pegamatan
Standar	100%
Penanggungjawab	Bagian keuangan

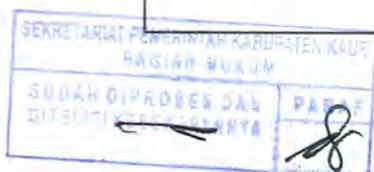
16. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

a. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

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

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Pemberian pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah



Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan mobil ambulance/mobil jenazah
Standar	100%
Penanggungjawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

c. Respon Time Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat yang membutuhkan

Judul	Respon Time Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Kepuasan pengguna jasa ambulance
Definisi operasional	Pengguna jasa ambulance
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pengguna dalam jangka 1 bulan
Denominator	Jumlah pengguna dalam jangka 1 bulan
Sumber data	Hasil pengamatan dan laporan dari pengguna ambulance
Standar	≤ 30 Menit
Penanggungjawab	Kepala Sopir

17. PEMULASARAN JENAZAH

a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah



Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Pemulasaran jenazah

18 PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Waktu Tanggap Kerusakan Alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu Bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

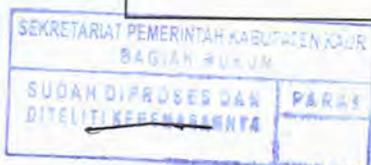
- c. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap Kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laboratorim

19 PELAYANAN LAUNDRY

- a. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan Laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun



Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling Tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laundry

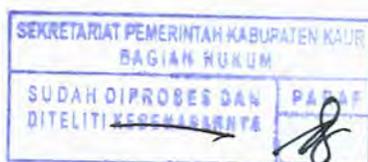
b. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

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

20. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

a. Tim PPI

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPI



b. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien dan Petugas
Tujuan	Terlindunginya Pasien, Pengunjung dan Petugas dari INFEKSI
Definisi operasional	APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat Standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari Tenaga Kesehatan, Pasien, atau Pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit, seperti Masker, Sarung Tangan Karet, Penutup Kepala, Sepatu Boots, dan Gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah Instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPI

c. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang ada di RS minimal 1 parameter dari Infeksi Luka Operasi (ILO), Infuenza Like Illness (ILI), Ventilator Associated Pnemonia (VAP), Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap Hari
Periode analisis	1 Bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah Instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPI RS



BUPATI KAUR

LISMIDIANTO

b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	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%
Penanggungjawab	Direktur

c. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha



Tujuan	Terampranya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan Pegawai
Definisi operasional	Usulan Kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

e. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bkan pendidikan formal Minimal 20 jam pertahun
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

f. Cost Recovery

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan

Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	≥ 40%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

g. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

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

h. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggungjawab	Bagian keuangan



i. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Intensif
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/ peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian Insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	3
Sumber data	Hasil pegamatan
Standar	100%
Penanggungjawab	Bagian keuangan

16. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

a. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

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

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Pemberian pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah

Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan mobil ambulance/mobil jenazah
Standar	100%
Penanggungjawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

c. Respon Time Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat yang membutuhkan

Judul	Respon Time Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Kepuasan pengguna jasa ambulance
Definisi operasional	Pengguna jasa ambulance
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pengguna dalam jangka 1 bulan
Denominator	Jumlah pengguna dalam jangka 1 bulan
Sumber data	Hasil pengamatan dan laporan dari pengguna ambulance
Standar	≤ 30 Menit
Penanggungjawab	Kepala Sopir

17. PEMULASARAN JENAZAH

a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah



Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Pemulasaran jenazah

18 PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Waktu Tanggap Kerusakan Alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu Bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\geq 80\%$
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan



Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap Kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laboratorim

19 PELAYANAN LAUNDRY

- a. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan Laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun

Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling Tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Ruangan Laundry

b. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

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

20. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

a. Tim PPI

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPI

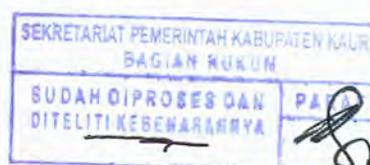


b. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien dan Petugas
Tujuan	Terlindunginya Pasien, Pengunjung dan Petugas dari INFEKSI
Definisi operasional	APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat Standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari Tenaga Kesehatan, Pasien, atau Pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit, seperti Masker, Sarung Tangan Karet, Penutup Kepala, Sepatu Boots, dan Gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah Instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPI

c. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang ada di RS minimal 1 parameter dari Infeksi Luka Operasi (ILO), Infuenza Like Illness (ILI), Ventilator Associated Pnemonia (VAP), Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap Hari
Periode analisis	1 Bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah Instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPI RS



BUPATI KAUR

LISMIDIANTO