



**BUPATI KONAWE UTARA  
PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
PERATURAN BUPATI KONAWE UTARA  
NOMOR 21 TAHUN 2015**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN KONAWE UTARA**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI KONAWE UTARA,**

- Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu ditindaklanjuti dengan penetapan Standar Pelayanan Minimal bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Konawe Utara yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud huruf a, huruf b, dan huruf c diatas maka perlu menetapkan Peraturan Bupati Konawe Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Konawe Utara.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 Tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tk II di Sulawesi (Lembaran Negara RI No 74 Tambahan Lembaran Negara No.18);
  2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Konawe Utara di Provinsi Sulawesi Tenggara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 15, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4689);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  4. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2014 No 244);
  6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
  7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
  8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
  9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
  10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia

Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Daerah Konawe Utara Nomor 27 Tahun 2012 Perubahan Pertama Atas Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 tentang Pembentukan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Konawe Utara
13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

### **MEMUTUSKAN :**

Menetapkan: **PERATURAN BUPATI KONAWE UTARA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KONAWE UTARA**

### **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. **Daerah** adalah Daerah Kabupaten Konawe Utara.
2. **Pemerintahan Daerah** adalah Pemerintah Daerah adalah Bupati Konawe Utara dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;
3. **Kepala Daerah** adalah Bupati Konawe Utara.
4. **Rumah Sakit** adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Konawe Utara.
5. **Direktur Rumah Sakit** adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Konawe Utara
6. **Pelayanan Rumah Sakit** adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Konawe Utara kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. **Standar Pelayanan Minimal** adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Konawe Utara kepada masyarakat.
8. **Jenis Pelayanan** adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
9. **Mutu Pelayanan Kesehatan** adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat

kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

10. **Dimensi Mutu** adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
11. **Kinerja** adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa atau barang kepada pelanggan.
12. **Indikator Kinerja** adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. **Standar** adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. **Definisi Operasional** adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
15. **Frekuensi Pengumpulan Data** adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
16. **Periode Analisis** adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
17. **Pembilang (Numerator)** adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
18. **Penyebut (Denominator)** adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
19. **Target atau Nilai** adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
20. **Sumber Data** adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

## **BAB II**

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

#### **Pasal 2**

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

## **BAB III**

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

#### **Bagian Kesatu**

## Jenis Pelayanan

### Pasal 3

- (1). Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (Kuratif), pemulihan (Rehabilitatif), yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (Preventif), Peningkatan (Promotif), serta upaya rujukan.

Jenis pelayanan Rumah Sakit meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Kamar Operasi
5. Pelayanan persalinan
6. Pelayanan perinatologi
7. Pelayanan Intensif
8. Pelayanan Radiologi
9. Pelayanan Laboratorium
10. Pelayanan Fisioterapi
11. Pelayanan Farmasi
12. Pelayanan Gizi
13. Pelayanan unit transfusi darah
14. Pelayanan Rekam medik
15. Pelayanan Pasien Program (BPJS)
16. Pelayanan pengolahan limbah
17. Pelayanan administrasi dan manajemen
18. Pelayanan ambulance / kereta jenazah
19. Pelayanan pemulasaraan jenazah
20. Pelayanan laundry
21. Pemeliharaan sarana rumah sakit
22. Pengendalian infeksi

### Bagian kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian  
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

### Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud, tercantum dalam lampiran 1 dan 2 Peraturan Bupati ini.

## **BAB IV**

## **PELAKSANAAN**

### Pasal 5

- (1). Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.

- (2). Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3). Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

## **BAB V**

### **PENERAPAN**

#### **Pasal 6**

- (1) Direktur Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

## **BAB VI**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### **Bagian kesatu**

##### **Pembinaan**

#### **Pasal 7**

- (1) Pembinaan Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Sekretaris Daerah Kabupaten Konawe Utara.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a). Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
  - b). Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  - c). Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
  - d). Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

#### **Bagian Kedua**

##### **Pengawasan**

#### **Pasal 8**

Pengawasan operasional dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten Konawe Utara.

#### **Pasal 9**

- (1). Inspektorat bersama-sama jajaran manajemen rumah sakit menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

- (2). Fungsi pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) agar kinerja rumah sakit sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

**Pasal 10**

- (1). Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dapat dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2). Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

**Pasal 11**

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional rumah sakit yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit.

**BAB VII**

**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 12**

Peraturan Bupati ini berlaku sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Wanggudu,  
pada tanggal 9 - " - 2015

**BUPATI KONAWE UTARA,**

**H. ASWAD SULAIMAN P**

Diundangkan di Wanggudu,  
pada tanggal 9 - " - 2015

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KONAWE UTARA**

**IHWAN POROSI**

**BERITA DAERAH KABUPATEN KONAWE UTARA NOMOR 85 TAHUN 2015**

Lampiran I : Peraturan Bupati Konawe Utara

Nomor : .....

Tanggal : ..... 2015

Tentang : Standar Pelayanan Minimal RSUD Kabupaten Konawe  
Utara

**INDIKATOR, STANDAR & BATAS WAKTU PENCAPAIAN SPM RUMAH SAKIT**

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
1	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	5 Tahun
		2. Kemampuan Menangani <i>Live Saving</i> di IGD	100 %	5 Tahun
		3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD	100 %	5 Tahun
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	5 Tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat	≤ 5 menit	5 Tahun
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	5 Tahun
		7. Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD	≤ 2 /seribu	5 Tahun
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	5 Tahun
2	Rawat jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 %	5 Tahun
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100 %	5 Tahun
		3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	100 %	5 Tahun
		4. Waktu tunggu di rawat jalan.	≤ 60 menit	5 Tahun
		5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 80 %	5 Tahun
		6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	5 Tahun
		7. Penegakan diagnosis melalui	≥ 60 %	5 Tahun



No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
3	Pelayanan Rawat Inap	pemeriksaan mikroskopi tuberkulosis		
		8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	$\geq 60 \%$	5 Tahun
		9. Konseling KB mantap.	100 %	5 Tahun
		1. Pemberi pelayanan di Rawat inap	100 %	5 Tahun
		2. Dokter penanggung jawab pasien	100 %	5 Tahun
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, THT, Paru, Syaraf, Kulit kelamin, Mata, patologi klinik )	100 %	5 Tahun
		4. Jam visite dokter spesialis	100 %	5 Tahun
		5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	100 %	5 Tahun
		6. Kematian > 48 jam	$\leq 0,24 \%$	5 Tahun
		7. Kejadian pulang paksa	$\leq 5 \%$	5 Tahun
		8. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	5 Tahun
		9. Pasien rawat inap tuberkulosis yang dilayani dengan strategi DOTS	100 %	5 Tahun
		10. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis	$\geq 60 \%$	5 Tahun
		11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	$\geq 60 \%$	5 Tahun
4	Operasi	1. Waktu Tunggu Operasi $\leq 1$ jam	100 %	5 Tahun
		2. Kejadian kematian dimeja operasi	$\leq 1\%$	5 Tahun
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	$\leq 1 \%$	5 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
5	Pelayanan persalinan	4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	5 Tahun
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	5 Tahun
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	5 Tahun
		7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 6 %	5 Tahun
		1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤ 1 % Eklamsi ≤ 30 % Sepsis ≤ 0,2 %, Partus lama ≤ 20 %	5 Tahun
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal.	100 %	5 Tahun
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100 %	5 Tahun
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100 %	5 Tahun
		5. Pelayanan persalinan melalui SC.	≤ 20 %	5 Tahun
6	Pelayanan perinatologi	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100 %	5 Tahun
7	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 5 %	5 Tahun
		2. Pemberi pelayanan Intensif	≥ 90 %	5 Tahun
8	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax.	≤ 3 jam	5 Tahun
		2. Pelaksana ekspertisi hasil	100 %	5 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
9	Laboratorium	pemeriksaan rontgen		
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	$\leq 2 \%$	5 Tahun
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	5 Tahun
		1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 120 menit.	$\geq 90 \%$	5 Tahun
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK	100 %	5 Tahun
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	5 Tahun
10	Fisioterapi	4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	5 Tahun
		1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.	$\leq 50 \%$	5 Tahun
		2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	5 Tahun
11	Farmasi	3. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80 \%$	5 Tahun
		1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit	100 %	5 Tahun
		2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq 60$ menit	100 %	5 Tahun
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100 %	5 Tahun
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	5 Tahun
12	Gizi	5. Penulisan resep sesuai formularium	$\geq 80 \%$	5 Tahun
		1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90 \%$	5 Tahun
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20 \%$	5 Tahun
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	5 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
13	Unit Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	5 Tahun
		2. Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %	5 Tahun
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	5 Tahun
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi	100 %	5 Tahun
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 5 menit	≥ 90 %	5 Tahun
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit	> 80 %	5 Tahun
15	Pelayanan BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % Terlayani	5 Tahun
16	Pengolahan limbah	1. Baku mutu limbah cair :		5 Tahun
		BOD	<30 mg/l	
		COD	<80 mg/l	
		TSS	<30 mg/l	
		Ph	6 – 9	
17	Administrasi manajemen	2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan	100 %	5 Tahun
		1. Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	≤ 2 hari	5 Tahun
		2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja	≤3 bulan	5 Tahun
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	5 Tahun
		4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	5 Tahun
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 80 %	5 Tahun
		6. Cost recovery	≥ 40%	5 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10	100 %	5 Tahun
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap	≤ 2 jam	5 Tahun
		9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif)	≥ 60 %	5 Tahun
18	Pelayanan ambulance/kerata jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance jenazah 24 jam	100 %	5 Tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit < 30 menit	≥ 80 %	5 Tahun
19	Pemulasran jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah < 2 jam.	> 90 %	5 Tahun
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100 %	5 Tahun
		2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam	≥ 80 %	5 Tahun
21	Pemeliharaan Sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	≥ 80 %	5 Tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	5 Tahun
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	≥ 50 %	5 Tahun
22	Pencegahan & Pngendalian Infeksi	1. Ada anggota TIM PPI yang terlatih	≥ 75%	5 Tahun
		2. Tersedia APD di setiap instalasi	≥ 60%	5 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health care associated infection) di RS	$\geq 75\%$	5 Tahun
		4. Kejadian infeksi paska operasi	$\leq 1,5 \%$	5 Tahun
		5. Angka kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1,5 \%$	5 Tahun
		6. Angka kejadian luka dekubitus	$\leq 2 \%$	5 Tahun
		7. Angka kejadian flebitis	$\leq 2 \%$	5 Tahun

Ditetapkan di Wanggudu,

pada tanggal

2015

~~A~~ **BUPATI KONAWE UTARA,**

  
**H. ASWAD SULAIMAN P**

Lampiran II : Peraturan Bupati Konawe Utara

Nomor : .....

Tanggal : ..... 2015

Tentang : Standar Pelayanan Minimal RSUD Kabupaten Konawe  
Utara

**DEFINISI OPERASIONAL**

**1. Pelayanan Gawat Darurat**

**1. Jam buka pelayanan gawat darurat**

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

**2. Kemampuan menangani *life saving* di UGD**

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 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

### **3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikasi ATLS /BTLS/ ACLS/PPGD**

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 kegawat darurat
Definisi Operasional	: Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/
Denominator	: Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat.
Sumber data	: Instalasi Gawat Darurat
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

### **4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana**

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



## **5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat**

Indikator	: Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu	: Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	: Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah 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	: $\leq 5$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

## **6. Kepuasan Pelanggan**

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

## **7. Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD**

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

## **8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka**

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

## **2. PELAYANAN RAWAT JALAN**

### **1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis**

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

### **2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan**

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

### **3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan**

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

### **4. Waktu tunggu di Rawat Jalan**

Indikator	: Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	: Akses
Tujuan	: Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	: Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang di Instalasi Rawat Jalan sampai diperiksa oleh dokter di Instalasi Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	: Register rawat jalan
Standar	: $\leq 60$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

## **5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan**

Indikator	: Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	: Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
Periode analisis	: Tiga bulan sekali
Numerator	: Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	: Survey
Standar	: $\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

## **6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

Indikator	: Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	: Akses, efisiensi
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis.
Definisi Operasional	: Pelayanan rawat jalan 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 panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS.
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan.
Sumber data	: Register rawat jalan unit DOTS
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

## **7. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis**

Indikator	: Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis
Dimensi Mutu	: Efektifitas, keselamatan
Tujuan	: Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB .
Definisi Operasional	: Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan.
Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	: Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan
Standar	: $\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

## **8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit**

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

### **9. Konseling KB mantap**

Indikator	: Konseling KB mantap
Dimensi Mutu	: Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	: Ketersediaan konseling kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	: Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	: Jumlah peserta KB
Sumber data	: Register Laporan KB rumah sakit
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

### **3. PELAYANAN RAWAT INAP**

#### **1. Pemberi pelayanan di rawat inap**

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

## **2. Dokter penanggung jawab pasien**

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

## **3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, THT)**

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



#### 4. Jam visite dokter spesialis

Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Survey
<i>Standar</i>	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

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

## **6. Kematian pasien > 48 jam**

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

## **7. Kejadian pulang paksa**

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

## **8. Kepuasan Pelanggan**

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

## **9. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

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

#### **10. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB**

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

#### **11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit**

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

#### **4. PELAYANAN BEDAH SENTRAL**

##### **1. Waktu tunggu operasi $\leq 1$ jam**

Indikator	: Waktu tunggu operasi $\leq 1$ jam
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah.
Definisi Operasional	: Waktu tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai pasien masuk ruang operasi sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan.
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan tersebut
Sumber data	: survey
Standar	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Bedah

##### **2. Kejadian kematian di meja operasi**

Indikator	: Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	: Keselamatan, efektifitas
Tujuan	: Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
Definisi Operasional	: Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan 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	: $\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kamar Bedah.

### **3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi**

Indikator	: Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	: Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kamar Bedah.

### **4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

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

## **5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

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

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

Indikator	: Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	: Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kamar Bedah.

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

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	: $\leq 6 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kamar Bedah.



## 5. PELAYANAN PERSALINAN

### 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Indikator	: Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	: 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 $\leq$ 1%, eklampsia $\leq$ 30 %, Sepsis $\leq$ 0,2 % partus lama $\leq$ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

## **2. Pemberi pelayanan persalinan normal**

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

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

Indikator	: Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	<p>: Pemberi pelayanan persalinan dengan Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih)</p> <p>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.</p>
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 1 bulan
Numerator	: Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	: Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data	: Register ruang kebidanan
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

#### **4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi**

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

#### **5. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**

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

## **6. PELAYANAN PERINATOLOGI**

### **1. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram**

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

## **7. PELAYANAN INTENSIF**

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

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

## **2. Pemberi pelayanan di unit intensif**

Indikator	: Pemberi pelayanan di unit intensif
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	: Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU
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/PICU, ICCU
Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	: Ruang ICU
Standar	: $\geq 90 \%$ .
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang ICU

## **8. RADIOLOGI**

### **1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax**

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

## **2. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan rontgen**

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

## **3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

Indikator	: Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	: Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode 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	: $\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Radiologi

#### **4. Kepuasan pelanggan**

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

### **9. PELAYANAN LABORATORIUM**

#### **1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit**

Indikator	: Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	: Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	: Survey
Standar	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

## **2. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp. PK**

Indikator	: Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp. PK
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	: Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

## **3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik**

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



#### **4. Kepuasan pelanggan**

Indikator	: Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode 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	: $\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

#### **10. FISIOTERAPI**

##### **1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan**

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	: $\leq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Fisioterapi

## **2. Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi**

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 tidan sesuai denganb asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan
Sumber data	: Register fisioterapi
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Fisioterapi

## **3. Kepuasan pelanggan**

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

## 11. FARMASI

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

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

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

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

### **3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat**

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

### **4. Kepuasan pelanggan**

Indikator	: Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode 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	: $\geq 80$ %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

## **5. Penulisan resep sesuai formularium**

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

## **12. PELAYANAN GIZI**

### **1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien**

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

## **2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

Indikator	: Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	: Efektifitas, dan efisien
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	: Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan 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	: $\leq 20\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gizi

## **3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet**

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

### **13. PELAYANAN UNIT TRANSFUSI DARAH**

#### **1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi**

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

#### **2. Kejadian reaksi transfusi**

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

## **14. REKAM MEDIK**

### **1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan**

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 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik



**2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi**

Indikator	: Kelengkapan informed concent 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	: Informed concern adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	: Survei
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik

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

Indikator	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan $\leq 5$ menit
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	: Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisa	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
Denominator	: Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	: survei
Standar	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik

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

Indikator	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap $\leq$ 15 menit
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	: Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama untuk digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisa	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	: Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	: survei
Standar	: $\geq$ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik

## **15. PELAYANAN PASIEN PROGRAM (BPJS)**

### **1. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan**

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 jamkesmas, Jamkesda, dan pasien dengan surat keterangan miskin.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: 100 % terlayani
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Rekam Medik

## 16. PENGOLAHAN LIMBAH

### 1. Baku mutu air limbah

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

## **2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan**

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

## **17. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN**

### **1. Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.**

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

## **2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja**

Indikator	: Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	: Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana 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 Bag Perencanaan dan Pelaporan
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Tata Usaha



### **3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat**

Indikator	: Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	: Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
Periode analisa	: 1 tahun
Numerator	: Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data	: Sub Bag Kepegawaian
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### **4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala**

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

## **5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun**

Indikator	: Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	: Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal 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	: $\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Tata Usaha

## **6. Cost recovery**

Indikator	: Cost recovery
Dimensi Mutu	: Efisiensi, efektifitas
Tujuan	: Tergambarnya tingkat kesehatan rumah sakit
Definisi Operasional	: Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	: Seksi Perbendaharaan
Standar	: $\geq 40\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Tata Usaha

## **7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10**

Indikator	: Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10
Dimensi Mutu	: Efektifitas
Tujuan	: Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	: Laboran keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laboran 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	: Seksi Verifikasi
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Tata Usaha

## **8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam**

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

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

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

**18. PELAYANAN AMBULANCE / KERETA JENAZAH**

**1. Waktu pelayanan ambulance 24 jam**

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	: Sub Bag Umum
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Seksi Pelayanan Medik

**2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit  $\leq$  30 menit**

Indikator	: Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit $\leq$ 30 menit
Dimensi Mutu	: Kenyamanan, 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Seksi Pelayanan Medik

## **19. PEMULASARAAN JENAZAH**

### **1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq$ 2 jam**

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

## 20. LAUNDRY

### 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gizi

### 2. Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam

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

## **21. PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT**

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

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

### **2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

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



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

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

**22. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**

**1. Ada anggota Komite PPI yang terlatih**

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

## 2. Tersedianya alat pelindung diri (APD) disetiap Instalasi

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	:	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab	:	Ketua tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

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

Indikator	:	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data ( <i>check list</i> ) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/ infeksi luka operasi, ILI/ infeksi luka infus, VAP/ 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	:	$\geq 75 \%$
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### **4. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit**

Indikator	: Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
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	: $\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Ketua TIM PPI

#### **5. Angka kejadian infeksi nosokomial**

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	: $\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Ketua PPI

## 6. Angka Kejadian luka Decubitus

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	: $\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Ketua Tim PPI

## 7. Angka Kejadian Phlebitis

Indikator	: Angka Kejadian Phlebitis
Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan & perawatan infus dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Definisi Operasional	: Phlebitis merupakan <i>inflamasi vena</i> yang disebabkan baik oleh <i>iritasi</i> kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi <i>intravena</i> . <i>Plebitis</i> dikarakteristikan 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
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

Ditetapkan di Wanggudu,

pada tanggal

2015

**BUPATI KONAWE UTARA,**

**H. ASWAD SULAIMAN P**