

BUPATI KEEROM PROVINSI PAPUA

PERATURAN BUPATI KEEROM NOMOR 17 TAHUN 2023

TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KWAINGGA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KEEROM,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga.

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1969 tentang Pembentukan Propinsi Otonomi Irian Barat dan Kabupaten-Kabupaten Otonom di Propinsi Irian Barat (Lembaran Negara tahun 1969 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2907);
3. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4151) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6697);
4. Undang-undang Nomor 26 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Sarmi, Kabupaten Keerom, Kabupaten Sorong Selatan, Kabupaten Raja Ampat, Kabupaten Pegunungan Bintang, Kabupaten Yahukimo, Kabupaten Tolikara, Kabupaten Waropen, Kabupaten Kaimana, Kabupaten Boven Digoel, Kabupaten Mappi, Kabupaten Asmat, Kabupaten Teluk Bintuni, dan Kabupaten Teluk Wondama di Propinsi Papua (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2002 Nomor 129);

5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
6. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
7. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
9. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4502);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
14. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
17. Peraturan Daerah Kabupaten Keerom Nomor 2 Tahun 2021 tentang perubahan kedua atas peraturan daerah Kabupaten Keerom Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Keerom (Lembaran Daerah Kabupaten Keerom Tahun 2021 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah kabupaten Keerom Nomor 72).

MEMUTUSKAN :

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Keerom
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Keerom.
4. Rumah Sakit adalah sarana Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga Kabupaten Keerom yang selanjutnya disingkat RSUD Kwaingga adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Keerom.
6. Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pencegahan dan promosi kesehatan, pendidikan dan penelitian.
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 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. 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.
 12. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
 13. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
 14. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
 15. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
 16. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai
 17. 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 menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III JENIS DAN MUTU PELAYANAN DASAR

Pasal 3

- (1) Jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga meliputi :
 - a. Pelayanan Gawat Darurat;

- b. Pelayanan Rawat Jalan;
 - c. Pelayanan Rawat Inap;
 - d. Pelayanan Kamar Operasi;
 - e. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. Pelayanan Radiologi;
 - g. Pelayanan Laboratorium Klinik;
 - h. Pelayanan Fisioterapi;
 - i. Pelayanan Farmasi;
 - j. Pelayanan Gizi;
 - k. Pelayanan Rekam medik;
 - l. Pelayanan BPJS / JKN;
 - m. Pelayanan pengolahan limbah;
 - n. Pelayanan administrasi dan manajemen;
 - o. Pelayanan ambulance / kereta jenazah;
 - p. Pelayanan Pemulasaraan jenazah;
 - q. Pelayanan Laundry;
 - r. Pengendalian infeksi;
 - s. Pelayanan VCT; dan
 - t. Pelayanan Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak.
- (2) Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 4

- (1) Mutu pelayanan dasar Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga diukur berdasarkan jenis pelayanan, indikator, nilai dan batas waktu pencapaian.
- (2) Jenis pelayanan, indikator, nilai dan batas waktu pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

Direktur dan unit kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dalam pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit

BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

- (1) Bupati melakukan pembinaan terhadap penerapan standar layanan minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
- a. fasilitasi;
 - b. pemberian orientasi umum;

- c. petunjuk teknis;
 - d. bimbingan teknis;
 - e. pendidikan dan latihan; atau
 - f. bantuan teknis lainnya.
- (3) Bantuan teknis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat 2 huruf (f), meliputi:
- 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.

Pasal 7

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktorat atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga.

Pasal 8

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 7 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah sakit umum daerah kwaingga menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 9

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 7 sampai dengan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

BAB VI PEMBIAYAAN

Pasal 10

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Kwaingga.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Arso
pada tanggal 19 Juni 2023

BUPATI KEEROM,
CAP/TTD
PITER GUSBAGER

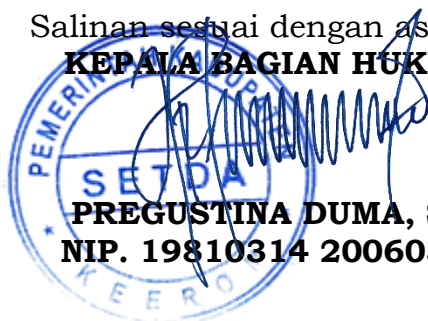
Diundangkan di Arso
pada tanggal 20 Juni 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KEEROM
CAP/TTD
TRISISWANDA INDRA N.

BERITA DAERAH KABUPATEN KEEROM TAHUN 2023 NOMOR 357

Salinan sesuai dengan aslinya,

KEPALA BAGIAN HUKUM


PREGUSTINA DUMA, SH
NIP. 19810314 200605 2 002

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI KEEROM
 NOMOR : 17 TAHUN 2023
 TANGGAL : 19 JUNI 2023

Standar Pelayanan Minimal setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar Pelayanan Minimal

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Nilai	Batas Waktu Pencapaian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan gawat darurat 2. Kemampuan Menangani Live Saving di UGD 3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat 6. Kepuasan pelanggan 7. Kematian pasien \leq 24 jam di IGD 8. Penanganan Kekerasan tdp perempuan dan anak, mendapatkan surat visum et repertum	24 jam 100 % 100 % 1 tim \leq 5 menit \geq 80 % \leq 2 % 100%	Satu tahun Lima tahun Lima tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun
2	Rawat jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan 3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan 4. Waktu tunggu di rawat jalan. 5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan 6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS 7. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis	100 % 100 % 100 % \leq 60 menit \geq 80 % 100 % \geq 60 % \geq 60 %	Lima tahun Lima tahun Satu tahun Lima tahun Lima tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun

		8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit 9. Konseling KB mantap.	100 %	Satu tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat inap 2. Dokter penanggung jawab pasien 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, THT, Syaraf, Kulit kelamin, Mata, Gigi) 4. Jam visite dokter spesialis 5. Angka kejadian luka dekubitus 6. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian 7. Kematian > 48 jam 8. Kejadian pulang atas permintaan sendiri 9. Kepuasan pelanggan 10. Pasien rawat inap tuberkulosis yang dilayani dengan strategi DOTS 11. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis 12. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100 % 100 % 100 % 100 % $\leq 1,5 \%$ 100 % $\leq 0,24 \%$ $\leq 5 \%$ $\geq 80 \%$ 100 % $\geq 60 \%$ $\geq 60 \%$	Satu tahun Satu tahun Lima tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun Lima tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun
4	Pelayanan Bedah	1. Waktu tunggu operasi di kamar bedah umum ≤ 30 menit 2. Kejadian kematian dimeja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah	$\leq 10 \%$ $\leq 1 \%$ 100 % 100 % 100 % 100 %	Satu tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun

		<p>tindakan pada operasi</p> <p>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i></p>	≤ 6 %	Satu tahun
5	Pelayanan persalinan dan perinatologi	<p>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</p> <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal.</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>5. Pelayanan persalinan melalui SC.</p> <p>6. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram</p>	<p>Perdarahan < 1 %,</p> <p>Eklamsi ≤ 30 %,</p> <p>Sepsis < 0,2 %,</p> <p>Partuslama < 20 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>	<p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p>
6	Pelayanan Radiologi	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax.</p> <p>2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen</p> <p>3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>≤ 3 jam</p> <p>100 %</p> <p>≤ 2 %</p> <p>> 80 %</p>	<p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p>
7	Pelayanan Laboratorium Klinik	<p>1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 120 menit.</p> <p>2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK</p> <p>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>≥ 90 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>≥ 80 %</p>	<p>Tiga tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Empat tahun</p>
8	Pelayanan Fisioterapi	<p>1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.</p>	≤ 90 %.	Tiga tahun

		2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	100 % ≥ 80 %	Tiga tahun Tiga tahun
9	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 60 menit 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 120 menit 3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat 4. Kepuasan pelanggan 5. Penulisan resep sesuai formularium	100 % 100 % 100 % > 80 % > 80 %	Satu tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun
10	Pelayanan Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	≥ 90 % < 20 % 100 %	Lima tahun Lima tahun Lima tahun
11	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 5 menit 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit	100 % 100 % ≥ 90 % > 80 %	Empat tahun Satu tahun Lima tahun Lima tahun
12	Pelayanan BPJS/JKN	Pelayanan terhadap pasien BPJS/JKN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	Satu tahun

13	Pengolahan limbah	1. Baku mutu limbah cair : BOD COD TSS pH 2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan	$< 30 \text{ mg/l}$ $< 80 \text{ mg/l}$ $< 30 \text{ mg/l}$ 6 – 9 100 %	Lima tahun Lima tahun Lima tahun Lima tahun Lima tahun
14	Administrasi manajemen	1. Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi Kurang 3 hari 2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala 5. Petugas yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun 6. Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang kurang/sama dengan 15 menit 7. Cost recovery 8. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10 9. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap 10. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100% $\leq 3 \text{ bulan}$ 100% 100% $\geq 80 \%$ $\leq 15 \text{ menit}$ $\geq 40\%$ 100 % $\leq 2 \text{ jam}$ $> 60 \%$	Lima tahun Satu tahun Tiga tahun Tiga tahun Lima tahun Lima tahun Lima Tahun Lima tahun Satu tahun Lima tahun

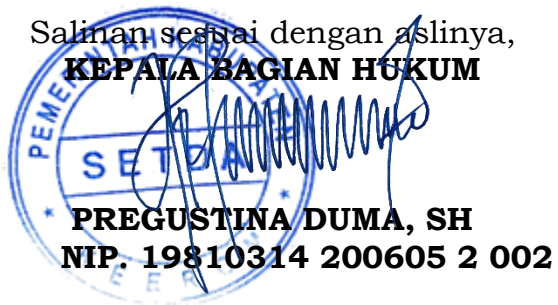
15	Pelayanan ambulance/kerata jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance jenazah 24 jam 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit < 30 menit 	<p>100 %</p> <p>≥ 80 %</p>	<p>satu tahun</p> <p>Lima tahun</p>
16	Pemulasaraan jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah < 2 jam. 	> 90 %	Tiga tahun
17	Pelayanan Laundry	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang. 2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam 	<p>100 %</p> <p>≥ 80 %</p>	<p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p>
18	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota Komite PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health care associated infection) di RS 4. Kejadian infeksi pasca operasi 5. Angka kejadian infeksi nosokomial 6. Angka kejadian flebitis 7. Angka Infeksi Saluran Kemih 	<p>> 75%</p> <p>> 60%</p> <p>> 75%</p> <p>< 1,5 %</p> <p>< 2 %</p> <p>< 2 %</p> <p>< 2 %</p>	<p>Lima tahun</p> <p>Empat tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Lima tahun</p>
19	Pelayanan VCT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien HIV rawat jalan dan rawat inap diterapi dengan ARV 	100%	Satu tahun

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Pelayanan Korban Kekerasan terhadap perempuan dan anak/KDRT	1. Setiap Pasien Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan anak/KDRT mendapatkan visum et repertum	100%	Satu tahun

**BUPATI KEEROM,
CAP/TTD
PITER GUSBAGER**

Salinan sesuai dengan aslinya,

KEPALA BAGIAN HUKUM



PREGUSTINA DUMA, SH

NIP. 19810314 200605 2 002

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI KEEROM
 NOMOR : 17 TAHUN 2023
 TANGGAL : 19 JUNI 2023

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Unit Gawat Darurat

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

1	Indikator	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di UGD
2	Dimensi mutu	:	Keselamatan
3	Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
4	Definisi operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> .
5	Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
6	Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
8	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan

			elayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
9	Sumber data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
10	Standar	:	100 %
11	Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Unit Gawat Darurat

1.	Indikator	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
2.	Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
4.	Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/
8.	Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.
9.	Sumber data	:	Kepegawaian
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

1.	Indikator	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
2.	Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
3.	Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
4.	Definisi operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
6.	Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
7.	Numerator	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang

			ada di rumah sakit
8.	Denominator	:	Tidak ada
9.	Sumber Data	:	Instalasi Gawat Darurat
10.	Standar	:	1 tim
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

1.	Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
3.	Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
4.	Definisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 50)
9.	Sumber data	:	Sample
10.	Standar	:	≤ 5 menit
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

1.	Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
2.	Dimensi mutu	:	Kenyamanan
3.	Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
4.	Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di diberikan
5.	Frekuensi	:	Setiap bulan

	pengumpulan data		
6.	Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	$\geq 80\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

1.	Indikator	:	Penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anakmendapat surat visum et repertum
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan, keamanan, efesiensi dan efektifitas
3.	Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan Penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4.	Definisi Operasional	:	Penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak mndapat surast visum et repertum adalah pelayanan yang diberikan terhadap korban kekerasan pada perempuan dan anak secara paripurna
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
6.	Periode analisa	:	1 tahun
7.	Numerator	:	Jumlah pasien Korban kekerasan terhadap perempuan dan anak pada periodet ertentu
8.	Denominator	:	Jumlah pasien Korban kekerasan terhadap perempuan dan anak pada periodet ertentu
9.	Sumber data	:	Rekam medik
10.	Standar	:	$\leq 2\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

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

1.	Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
2.	Dimensi Mutu	:	Akses
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit
4.	Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit Klinik: anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah, syaraf, gigi, mata, Kulit dan kelamin, THT, jiwa, Paru, VCT, Rehabilitasi medic,
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang ada
8.	Denominator	:	Tidak ada
9.	Sumber data	:	Register rawat jalan
10.	Standar	:	100 %.
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan

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

1.	Indikator	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
2.	Dimensi Mutu	:	Akses
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
4.	Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang di Instalasi Rawat Jalan sampai diperiksa oleh dokter di Instalasi Rawat Jalan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
9.	Sumber data	:	Register rawat jalan
10.	Standar	:	≤ 60 menit

11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan
-----	---------------------------------	---	----------------------------

1.	Indikator	:	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
2.	Dimensi mutu	:	Kenyamanan
3.	Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
4.	Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
6.	Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	$\geq 80\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan

1.	Indikator	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
2.	Dimensi Mutu	:	Akses, efisiensi
3.	Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis.
4.	Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort dengan penanggulangan tuberculosis nasional.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan

6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan.
9.	Sumber data	:	Register rawat jalan TB
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan

1.	Indikator	:	Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan
3.	Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB .
4.	Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
8.	Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
9.	Sumber data	:	Rekam medik
10.	Standar	:	$\geq 60\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan

1.	Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas
3.	Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
4.	Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan

6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
8.	Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
9.	Sumber data	:	Rekam medik
10.	Standar	:	$\geq 60\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan

1.	Indikator	:	Konseling KB mantap
2.	Dimensi Mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
3.	Tujuan	:	Ketersediaan konseling kontrasepsi mantap
4.	Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
8.	Denominator	:	Jumlah peserta KB
9.	Sumber data	:	Rekam medik dan Laporan KB rumah sakit
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

1.	Indikator	:	Pemberi pelayanan di rawat inap
2.	Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
4.	Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
6.	Periode analisis	:	6 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang

			sesuai dengan ketentuan
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
9.	Sumber data	:	Kepegawaian
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Inap

1.	Indikator	:	Dokter penanggung jawab pasien
2.	Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
4.	Definisi operasional	:	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisis	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
9.	Sumber data	:	Rekam Medik
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Inap

1.	Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, THT, Paru, Syaraf, Kulit dan kelamin, Mata, gigi)
2.	Dimensi mutu	:	Akses
3.	Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
4.	Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
5.	Frekuensi pengumpulan	:	3 bulan

	data		
6.	Periode analisis	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
8.	Denominator	:	Tidak ada
9.	Sumber data	:	Register rawat inap
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruangan Rawat Inap

1.	Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
2.	Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
6.	Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
7.	<i>Numerator</i>	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
8.	<i>Denominator</i>	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
9.	Sumber data	:	Survey
10.	<i>Standar</i>	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Inap

1.	Indikator	:	Angka Kejadian luka Decubitus
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan pasien tirah baring telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
4.	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.

5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami decubitus dalam periode satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang dirawat dalam periode satu bulan
9.	Sumber data	:	Surveillance
10.	Standar	:	< 2%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Inap

1.	Indikator	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
4.	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.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
8.	Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut.
9.	Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Inap.

1.	Indikator	:	Kematian pasien > 48 jam
2.	Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
3.	Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
4.	Definisi operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisis	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap

			> 48 jam dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Rekam Medik
10.	Standar	:	< 0,24 %
11.	Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Rawat Inap.

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

1.	Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
2.	Dimensi mutu	:	Kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
4.	Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisis	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
8.	Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survey (n minimal = 50)
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	≥ 80 %
11.	Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Rawat Inap

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

1.	Indikator	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
2.	Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
3.	Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
4.	Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan

6.	Periode analisis	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
8.	Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
9.	Sumber data	:	Rekam Medik
10.	Standar	:	$\geq 60\%$
11.	Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Rawat Inap

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

4. PELAYANAN BEDAH

1.	Indikator	:	Waktu tunggu operasi di kamar bedah umum ≤ 30 menit
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
4.	Definisi Operasional	:	Waktu tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai pasien diterima di IBS sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan

7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut kali 30 menit
9.	Sumber data	:	Rekam Medik
10.	Standar	:	≤ 10 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan kamar oprasi

1.	Indikator	:	Kejadian kematian di meja operasi
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan, efektifitas
3.	Tujuan	:	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
4.	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.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
6.	Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
9.	Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah

1.	Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
4.	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.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event

6.	Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
9.	Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah

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

1.	Indikator	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
4.	Definisi	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah

	Operasional		kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
6.	Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
9.	Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah

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

1.	Indikator	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
4.	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>
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
6.	Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
9.	Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10.	Standar	:	≤ 6 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah

5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1.	Indikator	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan
3.	Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
4.	Definisi Operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis</p> <p>Pendarahan: adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg - Protein uria > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi</p>

			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)
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
8.	Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)
9.	Sumber data	:	Rekam medis
10.	Standar	:	Pendarahan $\leq 1\%$, eklampsia $\leq 30\%$, Sepsis $\leq 0,2\%$ partus lama $\leq 20\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Penanggung jawab perinatology

1.	Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
2.	Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
4.	Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
9.	Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

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

1.	Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
2.	Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
4.	Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter anesthesi.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anesthesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
9.	Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
10.	Standar	:	100%

11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan
-----	---------------------------------	---	------------------------

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

1.	Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram.
2.	Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
4.	Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisis	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g – 2500 g yang berhasil ditangani
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g – 2500 g yang ditangani

9.	Sumber data	:	Rekam medik
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab	:	Kepala Ruang Perinatologi

6. PELAYANAN RADIOLOGI

1.	Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
4.	Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut.
9.	Sumber data	:	Rekam medis
10.	Standar	:	≤ 3 jam
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

1.	Indikator	:	Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan rontgen
2.	Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
3.	Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
4.	Definisi Operasional	:	Pelaksana ekpertisi rontgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkananya tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan

6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan.
9.	Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

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

1.	Indikator	:	Kepuasan pelanggan
2.	Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
4.	Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan

7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
8.	Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9.	Sumber data	:	Survei
10	Standar	:	≥ 80%
11	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

7. PELAYANAN LABORATORIUM KLINIK

1.	Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
9.	Sumber data	:	Survey
10.	Standar	:	≥ 90 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Laboratorium Klinik

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

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

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

8. PELAYANAN FISIOTERAPI

1.	Indikator	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
2.	Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
4.	Definisi Operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
6.	Periode analisa	:	6 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out selama 3 bulan
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi selama 3 bulan
9.	Sumber data	:	Rekam medis
10.	Standar	:	$\leq 90\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Fisioterapi

1.	Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam fisioterapi
4.	Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperkirakan yang tidak sesuai dengan asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan
9.	Sumber data	:	Rekam medis
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Fisioterapi

1.	Indikator	:	Kepuasan pelanggan
2.	Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
4.	Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei
8.	Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	≥ 80 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Fisioterapi

9. PELAYANAN FARMASI

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

1.	Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 120 menit
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
4.	Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

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

1.	Indikator	:	Kepuasan pelanggan
2.	Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
4.	Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
8.	Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (dalam prosen)
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	≥ 80 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

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

10. PELAYANAN GIZI

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

1.	Indikator	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas,dan efisien
3.	Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
4.	Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	≤ 20%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

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

11. PELAYANAN REKAM MEDIK

1.	Indikator	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
2.	Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang di isi lengkap
8.	Denominator	:	Jumlah rekam medik yang di isi dalam 1 bulan
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Rekam Medik

mn

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

8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Rekam Medik

1.	Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan ≤ 5 menit
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
6.	Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
8.	Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
9.	Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru. di ruang rekam medis untuk pasien lama
10.	Standar	:	≥ 90 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala bagian Rekam Medik

1.	Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
6.	Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
8.	Denominator	:	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
9.	Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
10.	Standar	:	$\geq 80\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Rekam Medik

12. PELAYANAN BPJS/JKN

1.	Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien BPJS/JKN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
2.	Dimensi Mutu	:	Akses
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
4.	Definisi Operasional	:	Pelayanan terhadap pasien BPJS/JKN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien pemegang kartu BPJS/JKN
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien BPJS/JKN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pasien BPJS/JKN yang datang ke RS dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Register pasien
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Tim Pengelola BPJS /JKN

13. PENGOLAHAN LIMBAH

1.	Indikator	:	Baku mutu air limbah
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
9.	Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Sarana dan Prasarana Non medis

1.	Indikator	:	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan.
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
4.	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 : 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan pengolahan limbah padat berbahaya harus

			dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
8.	Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
9.	Sumber data	:	Hasil pengamatan
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Pengolahan Limbah

14. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1.	Indikator	:	Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksii maksimal 2 hari.
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Notulen rapat
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

1.	Indikator	:	Ketepatan laporan akuntabilitas kinerja
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
6.	Periode analisa	:	1 tahun
7.	Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam Satu tahun
8.	Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam Satu tahun
9.	Sumber data	:	Sub Bagian Umum
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Program dan keuangan Umum

1.	Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
4.	Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
5.	Frekuensi pengumpulan	:	1 tahun

	data		
6.	Periode analisa	:	1 tahun
7.	Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
9.	Sumber data	:	Sub Bag Umum
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

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

1.	Indikator	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
2.	Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
6.	Periode analisa	:	1 tahun
7.	Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
9.	Sumber data	:	Sub Bag Umum
10.	Standar	:	$\geq 80\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

1.	Indikator	:	Cost recovery
2.	Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektifitas
3.	Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan rumah sakit
4.	Definisi Operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Sub Bagian Umum
10.	Standar	:	$\geq 40\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

1.	Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas
3.	Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
4.	Definisi Operasional	:	Laboran keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laboran keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
8.	Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
9.	Sumber data	:	Sub Bagian Umum
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

1.	Indikator	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
6.	Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Sub Bagian Umum
10.	Standar	:	100 %
11.	Penanggung jawab	:	Kepala Sub Bagian Umum

	pengumpul data		
--	----------------	--	--

1.	Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
4.	Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
6.	Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
8.	Denominator	:	6
9.	Sumber data	:	Sub Bagian Umum
10.	Standar	:	$\geq 60 \%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

15. PELAYANAN AMBULANCE /KERETA JENAZAH

1.	Indikator	:	Waktu pelayanan ambulance 24 jam
2.	Dimensi Mutu	:	Akses
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga yang membutuhkan
4.	Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulance adalah penyediaan ambulance jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
6.	Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
7.	Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
9.	Sumber data	:	Sub Bagian Umum
10.	Standar	:	100 %

11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum
-----	---------------------------------	---	------------------------

1.	Indikator	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit \leq 30 menit
2.	Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
4.	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
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat dalam waktu dalam 1 bulan
8.	Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulance
10.	Standar	:	\geq 80 %
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

16. PEMULASARAAN JENAZAH

1.	Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah \leq 2 jam.
2.	Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
4.	Definisi Operasional	:	Waktu tanggap pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Total kumulatif waktu pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan

9.	Sumber data	:	Hasil pengamatan
10.	Standar	:	$\geq 90\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

17. PELAYANAN LAUNDRY

1.	Indikator	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
3.	Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
4.	Definisi Operasional	:	Tidak ada
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari jumlah sampling dalam satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
9.	Sumber data	:	Survey
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laundry

1.	Indikator	:	Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam
2.	Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
3.	Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
4.	Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
8.	Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
9.	Sumber data	:	Survey

10.	Standar	:	$\geq 80 \%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Penanggung Jawab Laundry

18. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

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

1.	Indikator	:	Tersedianya alat pelindung diri (APD) disetiap Instalasi
2.	Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
3.	Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
4.	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.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
6.	Periode analisis	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
8.	Denominator	:	Jumlah instalasi di rumah sakit

9.	Sumber data	:	Survey
10.	Standar	:	$\geq 60\%$
11.	Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1.	Indikator	:	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
2.	Dimensi mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
3.	Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
4.	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)
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
6.	Periode analisis	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
8.	Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia
9.	Sumber data	:	Survei
10.	Standar	:	$\geq 75\%$
11.	Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1.	Indikator	:	Kejadian infeksi paska operasi
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan luka operasi telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
4.	Definisi Operasional	:	Infeksi luka operasi adalah infeksi post operasi (Luka bersih) yang didapat setelah hari ke 3, yang ditandai merah, nyeri, bengkak, dan panas.
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka operasi dalam periode satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam periode

			satu bulan
9.	Sumber data	:	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
10.	Standar	:	$\leq 1,5\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1.	Indikator	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial lainnya di rumahsakit (selain ILO, decubitus, phlebitis)
4.	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)
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	3 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang dirawat yang terkena infeksi nosokomial seperti sepsis, pneumonia (tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)
8.	Denominator	:	Jumlah pasien rawat inap 1 bulan
9.	Sumber data	:	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
10.	Standar	:	$\leq 1,5\%$
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1.	Indikator	:	Angka Kejadian Phlebitis
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan & perawatan infus dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
4.	Definisi Operasional	:	Phlebitis merupakan <i>inflamasi vena</i> yang disebabkan baik oleh <i>iritasi kimia</i> maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi <i>intravena</i> . <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>
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami phlebitis dalam periode satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang terpasang infus dalam periode satu bulan
9.	Standar	:	$\leq 2\%$
10.	Sumber data	:	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1.	Indikator	:	Angka Infeksi saluran kemih
2.	Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
3.	Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan & perawatan kateter urin dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
4.	Definisi Operasional	:	Infeksi saluran kemih adalah infeksi yang terjadi pada saluran kemih akibat pemasangan kateter menetap
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	/ Periode analisa	:	1 bulan
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi saluran kemih dalam periode satu bulan
8.	Denominator	:	Jumlah pasien yang terpasang Kateter menetap dalam periode satu bulan
9.	Sumber data	:	$\leq 2\%$
10.	Standar	:	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

19. PELAYANAN VCT

1.	Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien HIV/AIDS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan VCT dengan pengobatan yang memadai
4.	Definisi Operasional	:	Pemberian pelayanan VCT meliputi conceling dan Pemberian ARV
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
6.	Periode analisa	:	1 Tahun
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi HIV/AIDS
8.	Denominator	:	Jumlah pasien penderita HIV/AIDS
9.	Sumber data	:	Rekam Medik
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Penanggung Jawab VCT

20. PELAYANAN KORBAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

1.	Indikator	:	Pelayanan terhadap Korban Kekerasan Perempuan dan Anak/KDRT
2.	Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
3.	Tujuan	:	Tersedianya pelayanan terhadap Korban Kekerasan Perempuan dan Anak yang prima
4.	Definisi Operasional	:	Pemberian pelayanan terhadap Korban Kekerasan Perempuan dan Anak meliputi pemberian pengobatan dan Visum et-Repertum
5.	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
6.	Periode analisa	:	1 Tahun
7.	Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami tindakan Kekerasan Perempuan dan Anak
8.	Denominator	:	Jumlah pasien Korban Kekerasan Perempuan dan Anak

9.	Sumber data	:	Rekam Medik
10.	Standar	:	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

**BUPATI KEEROM,
CAP/TTD
PITER GUSBAGER**

Salinan sesuai dengan aslinya,

KEPALA BAGIAN HUKUM



PREGUSTINA DUMA, SH

NIP. 19810314 200605 2 002