



SALINAN

**BUPATI MURUNG RAYA
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH**

**PERATURAN BUPATI MURUNG RAYA
NOMOR 35 TAHUN 2023**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURUK CAHU**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MURUNG RAYA,

- Menimbang :
- a. bahwa kesehatan merupakan urusan Pemerintahan Wajib Pelayanan Dasar yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah daerah untuk menjamin hak asasi manusia serta untuk mewujudkan kesejahteraan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang;
 - b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat yang memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang professional, bermutu dan bertanggung jawab sesuai dengan standar pelayanan minimal secara terpadu;
 - c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Standar Pelayanan Minimal diatur dengan Peraturan Bupati untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksudkan dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksanaan Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Puruk Cahu;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Katingan, Kabupaten Seruyan, Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lamandau, Kabupaten Gunung Mas, Kabupaten Pulang Pisau, Kabupaten Murung Raya dan Kabupaten Barito Timur di Provinsi Kalimantan Tengah (Lembaran Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor

- 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4180);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang – Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 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);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akutansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
 9. 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);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 52,

Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6323);

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Daerah Kabupaten Murung Raya Tahun 2020 Nomor 1781);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Murung Raya Nomor 7 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Puruk Cahu (Lembaran Daerah Kabupaten Murung Raya Tahun 2008 Nomor 63);
17. Peraturan Bupati Murung Raya Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Puruk Cahu (Berita Daerah Kabupaten Murung Raya Tahun 2016 Nomor 246);
18. Peraturan Bupati Murung Raya Nomor 20 Tahun 2016 tentang Sistem Akutansi Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Puruk Cahu Kabupaten Murung Raya (Berita Daerah Kabupaten Murung Raya Tahun 2016 Nomor 247);
19. Peraturan Bupati Murung Raya Nomor 30 Tahun 2020 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah pada Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kabupaten Murung Raya Tahun 2020 Nomor 30);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANAAN TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURUK CAHU.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Murung Raya.

2. Bupati adalah Bupati Murung Raya.
3. Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD RSUD, adalah Rumah Sakit Umum Daerah Puruk Cahu yang merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan berstatus Badan Layanan Umum Daerah dengan menggunakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
4. Direktur UPTD RSUD yang selanjutnya disebut Direktur adalah pimpinan UPTD RSUD.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh UPTD RSUD kepada masyarakat.
7. Badan Layanan Umum Daerah adalah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
8. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
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 penyelenggaraan sesuai dengan standar keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
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. Numerator adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.

17. Denominator adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
18. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
19. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Pasal 2

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

BAB II JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) UPTD RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (2) Jenis Pelayanan Kesehatan pada UPTD RSUD meliputi :
 - a. Pelayanan Gawat Darurat;
 - b. Pelayanan Rawat Jalan;
 - c. Pelayanan Rawat Inap;
 - d. Pelayanan Bedah Sentral;
 - e. Pelayanan Persalinan, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Keluarga Berencana (KB), Perinatologi;
 - f. Pelayanan Intensif;
 - g. Pelayanan Radiologi;
 - h. Pelayanan Laboratorium;
 - i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
 - j. Pelayanan Farmasi;
 - k. Pelayanan Gizi;
 - l. Pelayanan Bank Darah;
 - m. Pelayanan Rekam Medik;
 - n. Pelayanan Limbah;
 - o. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
 - p. Pelayanan Ambulan;
 - q. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
 - r. Pelayanan Laundry;
 - s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
 - t. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
 - u. Pelayanan Keamanan.

Bagian Kedua
Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

- (1) Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan Peraturan Direktur ini.
- (2) Uraian Standar Pelayanan Minimal UPTD RSUD sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) UPTD RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan UPTD RSUD sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) UPTD RSUD paling lambat 1 (satu) tahun menyusun Pedoman Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 6

- (1) Direktur atau Pimpinan 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 anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

BAB IV
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (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

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

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah 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 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 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

BAB V

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Murung Raya Nomor 18 Tahun 2012 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Puruk Cahu (Berita Daerah Kabupaten Murung Raya Tahun 2012 Nomor 122) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Puruk Cahu
pada tanggal 11 September 2023

BUPATI MURUNG RAYA,

ttd

PERDIE M. YOSEPH

Diundangkan di Puruk Cahu
pada tanggal 11 September 2023

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN MURUNG RAYA,**

ttd

HERMON

BERITA DAERAH KABUPATEN MURUNG RAYA TAHUN 2023 NOMOR 168.



Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



RHONI K. TUMON, S.H.,M.H
Pembina (IV/a)
NIP. 19851112 201101 1 003

SALINAN

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI MURUNG RAYA
NOMOR 35 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT
PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PURUK CAHU.

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving	1. 100%	1 Tahun
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam	1 Tahun
		3. Pemberian Pelayanan kegawatdarurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PP GD.	3. 100%	1 Tahun
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4. 1 Tim	1 Tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat ≤ 5 menit	5. ≤ 5 Menit	1 Tahun
		6. Kepuasan pelanggan gawat darurat	6. ≥ 70 %	1 Tahun
		7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di gawat darurat	7. ≤ 0,2% (2/1000)	1 Tahun
		8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	8. 100%	1 Tahun
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberian pelayanan di Klinik Spesialis	1. 100%	1 Tahun
		2. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan	2. a. Poliklinik Anak. b. Poliklinik Penyakit Dalam c. Poliklinik Kebidanan & KB	1 Tahun
			d. Poliklinik Bedah e. Poliklinik Umum	

			f. Poliklinik Gigi	
			g. Poliklinik Mata	
		3. Jam buka pelayanan	3. Setiap hari kerja 08.00 s/d 13.00 kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00	1 Tahun
		4. Waktu tunggu dirawat jalan	4. ≤ 60 Menit	1 Tahun
		5. Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat jalan	5. ≥ 90%	1 Tahun
		6. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	6. ≥ 60%	1 Tahun
		7. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit	7. ≥ 60%	1 Tahun
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap.	1. a. Dokter Spesialis dan Dokter Umum. b. Perawat dengan pendidikan minimal D3.	1 Tahun
		2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap.	2. 100%	1 Tahun
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap.	3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Bedah d. Kebidanan e. VK & Perinatal f. ICU	1 Tahun
		4. Jam visite dokter spesialis.	4. 08.00 s/d 12.00 setiap hari.	1 Tahun
		5. Kejadian infeksi pasca operasi..	5. ≤ 1,5 %	1 Tahun
		6. Kejadian infeksi nosocomial.	6. ≤ 1,5 %	1 Tahun
		7. Tidak ada kejadian pasien jatuh.	7. 100%	1 Tahun
		8. Kematian pasien > 48 jam.	8. ≤ 0,24%	1 Tahun
		9. Kejadian pulang paksa.	9. ≤ 5%	1 Tahun
		10. Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat inap.	10. ≥ 90%	1 Tahun
		11. Penegakan diagnosis TB melalui	11. ≥ 60%	1 Tahun

		pemeriksaan mikroskopis TB. 12. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.	12. $\geq 60\%$	1 Tahun
4	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif. 2. Kejadian kematian di meja operasi. 3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi. 4. Tidak ada kejadian operasi salah orang. 5. Tidak ada kejadian salah tindakan operasi. 6. Tidak ada kejadian tertinggal benda asing tubuh pasien setelah operasi.	1. ≤ 2 hari 2. $\leq 1\%$ 3. 100% 4. 100% 5. 100% 6. 100%	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> .	7. $\leq 6\%$	1 Tahun
5	Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan. 2. Pemberi pelayanan persalinan Normal. 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit. 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi. 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr. 6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria. 7. Keluarga Berencana a. Ketersediaan Pelayanan	1. a. Pendarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ 2. a. Dokter Sp. OG. b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal APN). c. Bidan 3. Tim Ponek yang terlatih 4. a. Dokter Sp. OG. b. Dokter Sp. A. c. Tenaga Anestesi. d. Perawat OK. 5. 100% 6. $\leq 20\%$ 7. a. 100%	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun

		<p>Kontrasepsi Mantap.</p> <p>b. Konseling KB Mantap (Keluarga Berencana Mantap).</p> <p>8. Kepuasan pelanggan di pelayanan persalinan.</p>	<p>b. 100%</p> <p>8. $\geq 80\%$</p>	<p>1 Tahun</p>
6	Pelayanan Intensif	<p>1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam.</p> <p>2. Pemberi pelayanan unit intensif.</p>	<p>1. $\leq 3\%$</p> <p>2. a. Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 80% Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
7	Pelayanan Radiologi	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.</p> <p>2. Pelaksanaan Ekspertisi</p> <p>3. Kepuasan pelanggan di pelayanan radiologi.</p>	<p>1. Maksimal 3 Jam</p> <p>2. Dokter Sp. Rad</p> <p>3. $\geq 80\%$</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
8	Pelayanan Laboratorium	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.</p> <p>2. Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.</p>	<p>1. ≤ 140 menit (manual)</p> <p>2. 100%</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
		<p>3. Kepuasan pelanggan di pelayanan laboratorium.</p>	<p>3. $\geq 80\%$</p>	<p>1 Tahun</p>
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	<p>1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.</p> <p>2. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik.</p> <p>3. Kepuasan pelanggan di pelayanan rehabilitasi medik.</p>	<p>1. $\leq 50\%$</p> <p>2. 100%</p> <p>3. $\geq 80\%$</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
10	Pelayanan Farmasi	<p>1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi.</p> <p>2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan.</p>	<p>1. $\leq 30\%$</p> <p>2. $\leq 60\%$</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>

		3. Tidak ada kesalahan pemberian obat.	3. 100%	1 Tahun
		4. Penulisan resep sesuai formularium.	4. 100%	1 Tahun
		5. Kepuasan pelanggan di pelayanan farmasi.	5. $\geq 80\%$	1 Tahun
11	Pelayanan Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	1. $\geq 90\%$	1 Tahun
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.	2. $\leq 20\%$	1 Tahun
		3. Tidak ada kesalahan pemberian diet.	3. 100%	1 Tahun
12	Pelayanan Transfusi Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi.	1. 100%	1 Tahun
		2. Kejadian reaksi tranfusi.	2. $\leq 0,01\%$	1 Tahun
13	Pelayanan Gakin	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yg datang ke RS pada setiap Unit Pelayanan	1. 100% terlayani	1 Tahun
14	Pelayanan Rekam Medis	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan.	1. 100%	1 Tahun
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	2. 100%	1 Tahun
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	3. Rata-rata 10 menit	1 Tahun
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	4. Rata-rata 15 menit	1 Tahun
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair.	1. 100%	1 Tahun
		2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan.	2. 100%	1 Tahun
16	Pelayanan Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut hasil rapat direksi.	1. 100%	1 Tahun
		2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja.	2. 100%	1 Tahun
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan	3. 100%	1 Tahun

		pangkat.		
		4. Ketepatan waktu pengelolaan gaji berkala.	4. 100%	1 Tahun
		5. Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun.	5. $\geq 60\%$	1 Tahun
		6. Cost Recovery.	6. $\geq 40\%$	1 Tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	7. 100%	1 Tahun
		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	8. 100%	1 Tahun
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu.	9. 100%	1 Tahun
		10. Tidak ada keharusan membayar uang muka di pelayanan Gawat Darurat.	10. 100%	1 Tahun
		11. Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	11. 100%	1 Tahun
17	Pelayanan Ambulan	1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	1. 24 jam	1 Tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / Kereta Jenazah di RSUD Puruk Cahu	2. 100%	1 Tahun
		3. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / Kereta Jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan	3. 100%	1 Tahun
18	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah.	4. ≤ 2 jam	1 Tahun
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	1. $\geq 80\%$	1 Tahun
		2. Peralatan Medik (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	2. 100%	1 Tahun
		3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medic)	3. 100%	1 Tahun
20	Pelayanan	1. Tidak adanya kejadian	1. 100%	1 Tahun

	Laundry	linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. 100%	1 Tahun
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Tersedianya anggota tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih 2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) 3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	1. 75% 2. 60% 3. 75%	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
22	Penyediaan Peralatan	1. Kelengkapan alat	1. 100%	1 Tahun
		2. Kalibrasi alat	2. 100%	1 Tahun
23	Penyediaan Ruang	1. Kapasitas setiap jenis ruangan yang harus ada.	1. 100%	1 Tahun
24	Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM)	1. Kecukupan tenaga medik dan paramedic	1. 100%	1 Tahun
25	Pemanfaatan Alat Diagnosa	1. Pemanfaatan Alat Laboratorium 2. Pemanfaatan Alat Radiologi 3. Pemanfaatan Instalasi Farmasi 4. Pemanfaatan Alat Elektromedik	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100%	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
26	Pemanfaatan Alat Tindakan	1. Pemanfaatan Instrumen Bedah Sentral 2. Pemanfaatan layanan Rawat Inap RSUD Puruk Cahu	1. 100% 2. 100%	1 Tahun 1 Tahun
27	Profesionalisme Penanganan Penyakit	1. Audit Medik Paripurna atas Penanganan Penyakit dan Tindakan Medik	1. Minimal 1 (satu) Lap/tahun	1 Tahun

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,

RHONI K. FUMON, S.H.,M.H
Pembina (IV/a)
NIP. 19851112 201101 1 003

BUPATI MURUNG RAYA,

ttd

PERDIE M. YOSEPH

SALINAN

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI MURUNG RAYA
NOMOR 35 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT
PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PURUK CAHU.

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD PURUK CAHU
KABUPATEN MURUNG RAYA

1. Penyediaan Sumber Daya
1.1. Penyediaan Peralatan
1.1.1. Kelengkapan Alat Medik

Judul	Kelengkapan Peralatan di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana manajemen berhasil memenuhi kelengkapan Minimum peralatan medik pada masing-masing unit pelayanan
Definisi Operasional	Kelengkapan alat medik merupakan hal yang harus dipenuhi manajemen dalam menunjang pelayanan yang lengkap kepada pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Akhir Tahun
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah peralatan yang ada
Denominator	Jumlah Peralatan sesuai standar
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

1.1.2. Kelayakan Peralatan dengan Kondisi Baik

Judul	Kondisi Peralatan yang baik di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana manajemen berhasil memenuhi peralatan medis pada masing-masing unit pelayanan
Definisi Operasional	Kondisi peralatan yang layak merupakan syarat dapat dilaksanakannya tindakan medik secara sempurna
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Akhir Tahun
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah peralatan dengan kondisi baik
Denominator	Jumlah Peralatan yang ada

Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

1.1.3. Kelayakan Peralatan dengan Pemenuhan Kalibrasi

Judul	Pemenuhan kalibrasi peralatan di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana manajemen berhasil memenuhi kelayakan peralatan medis pada masing-masing unit pelayanan
Definisi Operasional	Kondisi peralatan yang layak merupakan syarat dapat dilaksanakannya tindakan medik secara sempurna
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Akhir Tahun
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah peralatan dengan kondisi baik
Denominator	Jumlah Peralatan yang ada
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

1.2. Penyediaan Ruangan

1.2.1. Kapasitas setiap jenis ruangan yang ada

Judul	Ketersediaan Ruangan Pelayanan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana Rumah Sakit berhasil memenuhi ketersediaan ruangan
Definisi Operasional	Tersedianya ruang yang memadai akan menjamin kenyamanan baik dokter, perawat maupun pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Akhir Tahun
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Luas (m ²) ruangan yang ada
Denominator	Luas (m ²) yang seharusnya
Sumber Data	Daftar Inventaris Gedung
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

1.3. Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM)

1.3.1. Ketersediaan SDM

Judul	Ketersediaan SDM Pelayanan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana Rumah Sakit berhasil memenuhi ketersediaan tenaga medik dan paramedic
Definisi Operasional	Tersedianya tenaga medik dan paramedik akan menjamin tertanganinya tindakan medik oleh tenaga yang kompeten dan profesional
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Akhir Tahun
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah tenaga medik dan paramedik yang ada
Denominator	Jumlah tenaga medik dan paramedik sesuai standar
Sumber Data	Daftar Pegawai
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

2. Pemanfaatan Sumber Daya

2.1. Pemanfaatan Alat Diagnostik

2.1.1. Pemanfaatan Alat Laboratorium

Judul	Pemanfaatan Alat Laboratorium
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas laboratorium Rumah Sakit untuk tujuan diagnosa
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah Sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Akhir Tahun
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah surat pengantar/rujukan laboratorium yang ditujukan ke Laboratorium RSUD Puruk Cahu
Denominator	Jumlah surat pengantar/rujukan laboratorium yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit pelayanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

2.1.2.Pemanfaatan Alat Radiologi

Judul	Pemanfaatan Alat Radiologi
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas radiologi Rumah Sakit untuk tujuan diagnosa
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah surat pengantar/rujukan radiologi yang ditujukan ke laboratorium RSUD Puruk Cahu
Denominator	Jumlah surat pengantar/rujukan radiologi yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

2.1.3.Pemanfaatan Instalasi Farmasi

Judul	Pemanfaatan Instalasi Farmasi
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Instalasi Farmasi Rumah Sakit
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah Sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah resep yang ditujukan ke Instalasi Farmasi RSUD Puruk Cahu
Denominator	Jumlah resep yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

2.1.4.Pemanfaatan Alat Elektromedik

Judul	Pemanfaatan Alat Elektromedik
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Alat Elektromedis Rumah Sakit
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah Sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan	Setiap Akhir Tahun

Data	
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah Rujukan elektromedik yang ditujukan ke Instalasi Farmasi RSUD Puruk Cahu
Denominator	Jumlah Rujukan elektromedik yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

2.2. Pemanfaatan Alat Tindakan Medik

2.2.1. Pemanfaatan Instalasi Bedah Sentral

Judul	Pemanfaatan Instalasi Bedah Sentral
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit untuk tujuan medik
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah Sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah Rujukan bedah sentral yang ditujukan ke Instalasi Bedah Sentral RSUD Puruk Cahu
Denominator	Jumlah Rujukan bedah sentral yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

2.2.2. Pemanfaatan Layanan Rawat Inap RSUD Puruk Cahu

Judul	Pemanfaatan layanan Rawat Inap RSUD Puruk Cahu
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas layanan Rumah Sakit (Rawat Inap)
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah Sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah Rujukan dari Irja dan IGD ke RSUD Puruk Cahu atas pelayanan inap
Denominator	Jumlah Rujukan atas pelayanan inap yang

	diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

3. Mutu Pelayanan

3.1. Pengukuran Mutu Profesionalisme Penanganan Penyakit dan Tindakan Medik

Judul	Penanganan penyakit dan Tindakan Medik
Dimensi Mutu	Profesionalisme
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan Rumah Sakit dalam memberikan prosedur penanganan penyakit dan tindakan medik
Definisi Operasional	Penanganan penyakit dan tindakan medik harus sesuai dengan Pedoman Diagnosis dan Therapy yang telah ditetapkan Komite Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Tahun
Periode Analisa	1 Tahun Sekali
Numerator	Jumlah laporan hasil audit paripurna oleh Komite Medik pada suatu penanganan penyakit atau tindakan medik
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	1 laporan setiap tahun
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik

3.2. Pengukuran Mutu Pelayanan Instalasi dan Unit

3.2.1. Pelayanan Gawat Darurat

3.2.1.1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah Kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan life saving

Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3.2.1.2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	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 selalau siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah Kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3.2.1.3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah Tenaga yang bersertifikat di Gawat darurat
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Kepegawaian

3.2.1.4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan Sekali
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak Ada
Sumber Data	Instalasi Gawat darurat
Standar	Satu Tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3.2.1.5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

3.2.1.6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite Mutu

3.2.1.7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas 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 diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan Sekali
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3.2.2. Pelayanan Rawat Jalan

3.2.2.1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.2.2.2. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis 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. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, dan Bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.2.2.3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	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. Jam buka 08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
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

3.2.2.4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	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 pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu

3.2.2.5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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

3.2.2.6. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.2.2.7. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (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	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.2.3. Pelayanan Rawat Inap

3.2.3.1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)

Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.3.2. Dokter Penanggung Jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.3.3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
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. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah askit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesifik yang ada (kualitatif)

Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register Rawat Inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus sesuai dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.3.4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan pasien spesialis setiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Medik/ Komite Mutu

3.2.3.5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis

Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu

3.2.3.6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi decubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Medik/ Komite Mutu

3.2.3.7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	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 adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecatatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.3.8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 Jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 Jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu

3.2.3.9. Kejadian pulang paksa

Judul	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 Medik
Standar	≤ 5%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu

3.2.3.10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu

3.2.3.11. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis. Pengobatan harus menggunakan paduan obat tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, Register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Instalasi Rawat Inap

3.2.3.12. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan Diagnosis TB melalui mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap

Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.3.13. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	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 inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.4. Pelayanan Bedah

3.2.4.1. Waktu Tunggu Operasi Efektif

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi efektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

3.2.4.2. Kejadian kematian di meja operasi

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

3.2.4.3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian kematian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, missal semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

3.2.4.4. Tidak ada kejadian operasi salah orang

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

3.2.4.5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

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

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

3.2.4.7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi meliputi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

3.2.5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

3.2.5.1 Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <p>Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg</p> <p>Protein uria > 5 gr/ 24 jam 3+ / 4+ pada pemeriksaan kualitatif</p> <p>Oedem tungkai</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai kejang dan penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien – pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medik Rumah Sakit
Standar	Perdarahan ≤ 1%, pre-eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik

3.2.5.2 Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

3.2.5.3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah TIM PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat terakhir)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam Medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

3.2.5.4 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan 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 spesialis 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 yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

3.2.5.5 kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

3.2.5.6 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, Keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio Cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	< 100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

3.2.5.7 Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga

	yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam Medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kabid Pelayanan Medik dan Keperawatan

3.2.5.8 Konseling KB Mantap

Judul	Konseling KB Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap 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 mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kabid Pelayanan Medik dan Keperawatan

3.2.5.9 Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian dari pasien yang disurvei kepuasan (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu

3.2.6. Pelayanan Intensif

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawat intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

3.2.6.2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan 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 mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawat intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

3.2.7. Pelayanan Radiologi

3.2.7.1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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

3.2.7.2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

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

3.2.7.3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	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 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	< 2%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

3.2.7.4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu

3.2.8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

3.2.8.1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
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 sampel 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	Survei
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3.2.8.2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

3.2.8.3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

3.2.8.4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3.2.9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

3.2.9.1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

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

3.2.9.2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik dan memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3.2.9.3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3.2.10. Pelayanan Farmasi

3.2.10.1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

3.2.10.2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	< 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3.2.10.3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3.2.10.4. Kepuasan pelanggan

Judul	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 (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
---------------------------------	--------------------------

3.2.10.5. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3.2.11. Pelayanan Gizi

3.2.11.1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	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 rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.11.2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	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 pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.11.3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3.2.12. Pelayanan Transfusi Darah

3.2.12.1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan berkesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang

	dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab Bank Darah

3.2.12.2. Kejadian reaksi transfusi

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

3.2.13. Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)

3.2.13.1. Pelayanan terhadap keluarga GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

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

3.2.14. Pelayanan Rekam Medik

3.2.14.1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

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

3.2.14.2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan

Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3.2.14.3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

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

3.2.14.4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam

	medik sampel rawat inap diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3.2.15. Pengelolaan Limbah

3.2.15.1. Buku mutu limbah cair

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

3.2.15.2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

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

	dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS/Kepala K3RS

3.2.16. Pelayanan Administrasi Manajemen

3.2.16.1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

3.2.16.2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan

	<p>sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.</p> <p>Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	3 Tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

3.2.16.3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	3 Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

3.2.16.4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit

	terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU Nomor 8/1974, UU Nomor 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Tahun
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

3.2.16.5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

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

3.2.16.6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

3.2.16.7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

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

3.2.16.8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ada;ah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang

	diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

3.2.16.9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Intensif 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 intensif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

3.2.17. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

3.2.17.1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

3.2.17.2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

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

3.2.17.3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah ditujukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	30 menit

Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab Ambulance
---------------------------------	----------------------------

3.2.18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

3.2.18.1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

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

3.2.19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

3.2.19.1. Kecepatan Waktu menanggapi kerusakan alat

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

Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

3.2.19.2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

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

Judul	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3.2.20. Pelayanan Laundry

3.2.20.1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

3.2.20.2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

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

3.2.21. Pencegahan Pengendalian Infeksi

3.2.21.1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan	Tiap 3 bulan

Data	
Periode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

3.2.21.2. Koordinasi APD

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

3.2.21.3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%

Penanggung jawab pengumpul data	Komite PPI
---------------------------------	------------

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi
ILI : Infeksi Luka Infus
VAP : Ventilator Associated Pneumonie
ISK : Infeksi Saluran Kemih

BUPATI MURUNG RAYA,

ttd

PERDIE M. YOSEPH

