



PEMERINTAH KABUPATEN SAMOSIR
SEKRETARIAT DAERAH

Jalan Raya Rianiate KM. 5,5 Pangururan 22392 Sumatera Utara
Telepon/Faks. (0626) 20692 laman www.samosirkab.go.id

BERITA DAERAH KABUPATEN SAMOSIR

NOMOR 7 TAHUN 2024

SERI F NOMOR 941

**PERATURAN BUPATI SAMOSIR
NOMOR : 6 TAHUN 2024**

**TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD dr. HADRIANUS SINAGA
KABUPATEN SAMOSIR**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SAMOSIR,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, bidang kesehatan merupakan salah satu Pelayanan Dasar yang menjadi urusan Pemerintah Wajib yang berhak diperoleh warga negara secara minimal;
 - b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), bahwa Pemerintah Daerah perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal;
 - c. bahwa RSUD dr. Hadrianus Sinaga sebagai Badan Layanan Umum Daerah di Kabupaten Samosir merupakan sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat dan memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal yang diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan keterukuran dan ketepatan sasaran;

d. bahwa/

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Hadrianus Sinaga Kabupaten Samosir;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 3821);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 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 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
6. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), Sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang- undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020, Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
7. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 114);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
12. 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);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2018 Nomor 1213);
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib dilaksanakan Daerah;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD dr. HADRIANUS SINAGA KABUPATEN SAMOSIR

**BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah atau yang selanjutnya disebut Kabupaten adalah Kabupaten Samosir.

2. Pemerintah...../

2. Pemerintah Daerah atau yang selanjutnya disebut Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Samosir.
3. Bupati adalah Bupati Samosir.
4. Rumah Sakit adalah sarana pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Hadrianus Sinaga yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menerapkan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
6. Badan Umum Layanan Daerah yang selanjutnya di singkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan Pengelolaan Keuangan Daerah pada umumnya.
7. Direktur RSUD adalah Direktur RSUD dr. Hadrianus Sinaga sekaligus sebagai pimpinan BLUD.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Hadrianus Sinaga Kabupaten Samosir kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan pelayanan penunjang medis dan non medis, dan pelayanan administrasi.
9. Urusan Pemerintahan Wajib adalah Urusan Pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua Daerah.
10. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD dr. Hadrianus Sinaga kepada masyarakat.
11. Pelayanan dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara.
12. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan, pemenuhan pelayanan dasar, penyusunan rencana pemenuhan pelayanan dasar dan pelaksanaan pemenuhan pelayanan dasar.
13. Jenis Pelayanan dasar adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Hadrianus Sinaga kepada masyarakat.

14. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
15. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
16. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.
17. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO (*World Health Organization*).
18. Tujuan suatu hasil yang ingin dicapai dengan melakukan pengukuran indikator.
19. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
20. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator tersedia.
21. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
22. Numerator (Pembilang) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
23. Denominator (Penyebut) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
24. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
25. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dr. Hadrianus Sinaga dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

(2) Standar/

- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III

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

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan Pasal 3

- (1) RSUD dr. Hadrianus Sinaga mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan upaya rujukan.
- (2) Jenis Pelayanan Minimal RSUD dr. Hadrianus Sinaga meliputi:
- a. Pelayanan Administrasi Manajemen;
 - b. Pelayanan Rekam Medik;
 - c. Pelayanan Gawat Darurat;
 - d. Pelayanan Rawat Jalan;
 - e. Pelayanan Rawat Inap;
 - f. Pelayanan Kamar Operasi;
 - g. Pelayanan Bersalin Nifas & Perinatologi;
 - h. Pelayanan Radiologi;
 - i. Pelayanan Laboratorium;
 - j. Pelayanan *Intensif Care Unit (ICU)*;
 - k. Pelayanan Farmasi;
 - l. Pelayanan Gizi;
 - m. Pelayanan Laundry;
 - n. Pelayanan Transfusi Darah;
 - o. Pelayanan Ambulance;
 - p. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
 - q. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - r. Pelayanan GAKIN;
 - s. Pelayanan Pengelolaan Limbah; dan
 - t. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI);

Bagian Kedua Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal Pasal 4

- (1) Indikator, Nilai Standar dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

- (2) Uraian Standar Pelayanan Minimal tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN
Pasal 5

- (1) RSUD dr. Hadrianus Sinaga wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD dr. Hadrianus Sinaga bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN
Pasal 6

- (1) Direktur RSUD dr. Hadrianus Sinaga menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD dr. Hadrianus Sinaga menyiapkan bahan penyusunan Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI
EVALUASI
Pasal 7

- (1) SPM RSUD dr. Hadrianus Sinaga wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur.
- (2) Evaluasi dan perbaikan SPM RSUD dr. Hadrianus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib disampaikan kepada Bupati guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD dr. Hadrianus Sinaga.

BAB VII
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Pasal 8

- (1) Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan penerapan Standar Pelayanan Minimal.

- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati dibantu Pejabat Pembina dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :
 - a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. Penilaian pengukuran kinerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d. Penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 9

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dibebankan pada belanja operasional RSUD dr. Hadrianus Sinaga yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran.

BAB VIII PELAPORAN Pasal 10

- (1) Direktur RSUD dr. Hadrianus Sinaga menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSUD setiap tahun.
- (2) Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSUD sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
- (3) Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSUD sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), digunakan sebagai bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD.

BAB IX KETENTUAN PENUTUP Pasal 11

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku maka Peraturan Bupati Samosir Nomor 71 Tahun 2022 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Hadrianus Sinaga Kabupaten Samosir Berita Daerah Kabupaten Samosir Tahun 2022 Nomor 75 Seri f Nomor 839 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal 2 Januari 2024.

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

Ditetapkan di Pangururan
Pada tanggal, 28 Februari 2024

BUPATI SAMOSIR

Cap/dto

VANDIKO T. GULTOM

Diundangkan dalam Berita Daerah Kabupaten Samosir

Nomor *7* Tahun 2024

Seri F *Nomer 341*

Tanggal *28* Februari 2024

Pj. Sekretaris Daerah Kabupaten Samosir



RITA TAVIP MEGAWATI

LAMPIRAN I PERATURAN BUPATI SAMOSIR

NOMOR : 6 TAHUN 2024

TANGGAL : 28 FEBRUARI 2024

**TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD
dr. HADRIANUS SINAGA KABUPATEN
SAMOSIR**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	Administrasi dan Manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %
		2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
		3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
		4 Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100 %
		5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6 <i>Cost recovery</i>	≥ 40 %
		7 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		8 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
2	Rekam Medik	1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %
		2 Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %
		3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
3	Gawat Darurat	1 Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan Dewasa	100 %
		2 Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3 Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku	100 %
		4 Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang
		5 Ketersediaan Tim Penanggulangan bencana	1 (satu) Tim
		6 Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %

		7 Kematian pasien \leq 24 Jam	\leq dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8 Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
4	Rawat Jalan	1 Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis
		2 Ketersediaan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik Anak • Klinik Penyakit Dalam • Klinik Kebidanan • Klinik Bedah
		3 Jam buka pelayanan	a. Hari senin s/d kamis Jam 08.00 - 14.00 wib b. Hari jumat & sabtu jam 08.00-13.00 wib
		4 Waktu tunggu di rawat jalan	\leq 60 menit
		5 Kepuasan Pelanggan	\geq 90 %
		6 a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	\geq 60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	\leq 60 %
5	Rawat Inap	1 Pemberi pelayanan di rawat inap	a. Dokter Spesialis b. Perawat pendidikan minimal D3
		2 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
		3 Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4 Jam <i>Visite</i> Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 WIB setiap hari kerja
		5 Kejadian infeksi pasca operasi	\leq 1,5 %
		6 Kejadian Infeksi Nosokomial	\leq 1,5 %
		7 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %
		8 Kematian pasien > 48 jam	\leq 0.24 %
		9 Kejadian pulang paksa	\leq 5 %
		10 Kepuasan pelanggan	\geq 90 %
		11 Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	\geq 60 %

		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %
6	Kamar Bedah/OK	1 Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2 Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
		3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
		4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
		5 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %
		6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %
		7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>anestesi endotracheal tube</i>	≤ 6 %
7	Bersalin nifas dan Perinatologi	1 Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %
		2 Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An
		5 Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %
		6 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %
		7 Keluarga Berencana a. Persentase KB (Vasektomi & Tubektomi yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr umum yang terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat Konseling KB mantap bidan terlatih	100 %
		8 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
8	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2 Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad
		3 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

9	Laboratorium	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
		2 Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
		3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
10	ICU	1 Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2 Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat min. D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
11	Farmasi	1 Waktu tunggu pelayanan : a. Obat Jadi b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2 Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100 %
		3 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		4 Penulisan resep sesuai formularium	100 %
12	Gizi	1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %
		2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
		3 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %
13	Pelayanan Laundry	1 Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
		2 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
14	Transfusi Darah	1 Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi
		2 Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %
15	Ambulance	1 Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah	24 jam
		2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta Jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit
16	Pemulasaran Jenazah	1 Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
17	Pelayanan pemeliharaan	1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %
		2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %

	sarana rumah sakit	3 Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %
18	Pelayanan GAKIN	1 Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
19	Pengelolaan Limbah	1 Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		2 Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %
20	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1 Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2 Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60 %
		3 Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAIs (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75 %

BUPATI SAMOSIR,

Cap/dto

VANDIKO T. GULTOM

Diundangkan dalam Berita Daerah Kabupaten Samosir

Nomor 7 Tahun 2024

Seri F Nomor 941

Tanggal 28 Februari 2024

Pj. Sekretaris Daerah Kabupaten Samosir


RITA TAVIP MEGAWATI

LAMPIRAN II PERATURAN BUPATI SAMOSIR
NOMOR : 6 TAHUN 2024
TANGGAL : 28 FEBRUARI 2024
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RSUD dr. HADRIANUS SINAGA
KABUPATEN SAMOSIR

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD dr. HADRIANUS SINAGA

A. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	
Judul	: Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	: Efektifitas
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Defenisi Operasional	: Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	: Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	: Notulen rapat
Standar	: 100%
Penanggungjawab Data	: Kepala Bagian Tata Usaha
2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	
Judul	: Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Defnisi Operasional	: Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 tahun

Periode Analisa	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Numerator	:	Efektifitas, efisiensi
Denominator	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Sumber Data	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Standar	:	1 tahun
Penanggungjawab Data	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat		
Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Defenisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (Satu) tahun
Periode Analisa	:	1 (Satu) tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha
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
Defenisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (Satu) tahun
Periode Analisa	:	1 (Satu) Tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	100%

Penanggungjawab Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha
5. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun		
Judul	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Defenisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (Satu) tahun
Periode Analisa	:	1 (Satu) tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	≥ 60%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan
6. Cost Recovery		
Judul	:	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Defenisi Operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi 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 Bag Keuangan
Standar	:	≥ 40%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha
7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan		
Judul	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Defenisi 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 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Sub Bag Keuangan

Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Seksi Verifikasi Keuangan
8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap		
Judul	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Defenisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggungjawab Data	:	Kepala Seksi Verifikasi Keuangan
9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu		
Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Defenisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6
Sumber Data	:	Catatan di bagian keuangan
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Seksi Verifikasi Keuangan

B. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan		
Judul	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Defenisi 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 medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medis
2. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas		
Judul	:	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan
Defenisi Operasional	:	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik
3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan		
Judul	:	Waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Defenisi 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 medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan	:	Tiap bulan

Data		
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sample penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	:	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	:	Rerata \leq 10 menit
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medis
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 medis rawat inap
Defenisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total peyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	:	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	Rerata \leq 15 menit
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medis

C. PELAYANAN GAWAT DARURAT;

1. Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> Anak Dan Dewasa		
Judul	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Defenisi Operasional	:	<i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa Manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di unit Gawat

		Darurat
Sumber Data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat		
Judul	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di Rumah Sakit
Defenisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Laporan Bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
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
Defenisi 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 ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kasubag umum kepegawaian
4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana		
Judul	:	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Defenisi Operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di

		rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi gawat darurat
Standar	:	satu tim
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
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
Defenisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat Adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (<i>minimal n=50</i>)
Sumber Data	:	Sample
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
6. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat		
Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Defenisi 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 disurvey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥ 70%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
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 efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Defenisi Operasional	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam

		sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤ 2 perseribu
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
8. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka		
Judul	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	:	Akses dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien Gawat Darurat
Defenisi Operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

D. PELAYANAN RAWAT JALAN;

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
Defenisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
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
Defenisi Operasional	:	Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan

Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan		
Judul	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit
Defenisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis setiap hari senin s/d kamis jam 08.30-14.00 wib dan jumat s/d sabtu jam 08.30-13.00 wib
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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
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
Defenisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai pasien tersebut dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	:	Survey pasien rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
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
Defenisi 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	:	Survey
Standar	:	≥ 90%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
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
Defenisi 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 Medis
Standar	:	60%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
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
Defenisi 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 medis
Standar	:	60%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

E. PELAYANAN RAWAT INAP;

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap		
Judul	:	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang yang kompeten
Defenisi 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 ruang rawat inap
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi rawat inap
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
Defenisi 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 medis
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
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
Defenisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat inap
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
4. Jam Visite Dokter Spesialis		
Judul	:	Jam <i>visite</i> dokter spesialis
Dimensi Mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan

Defenisi Operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan jam 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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite medik
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
Defenisi Operasional	:	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial 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 dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 1,5%
Penanggungjawab Data	:	Ketua komite Medik/komite Mutu
6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial		
Judul	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit
Defenisi Operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap 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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite medik
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
Defenisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
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
Defenisi Operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 0,24%
Penanggungjawab Data	:	Komite mutu
9. Kejadian Pulang Paksa		
Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Defenisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 5%
Penanggungjawab Data	:	Komite mutu
10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap		
Judul	:	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan

Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Defenisi 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 dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal = 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 90%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
11. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB		
Judul	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tersedianya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Defenisi 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 medis
Standar	:	60%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
12. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit		
Judul	:	Tersedianya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Defenisi 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 medis
Standar	:	60%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

F. PELAYANAN KAMAR BEDAH;

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif	
Judul	: Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Defenisi Operasional	: Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	: Rekam medis
Standar	: ≤ 2 hari
Penanggungjawab Data	: Kepala Instalasi Kamar Bedah
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
Defenisi Operasional	: Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	: 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 medis, laporan keselamatan pasien
Standar	: $\leq 1\%$
Penanggungjawab Data	: Kepala Instalasi Kamar Bedah
3. 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
Defenisi Operasional	: Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	: 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 medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 1%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah
4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang		
Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah
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 kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Defenisi Operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah
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	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Defenisi Operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan

		pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah
7. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube		
Judul	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Defenisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 6%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Kamar Bedah

G. PELAYANAN BERSALIN NIFAS & PERINATOLOGI;

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
Defenisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif

		<ul style="list-style-type: none"> • Oedem tungkai <p>d. Eklampsia adalah tanda pre-eklamsi yang disertai kejang dan penurunan kesadaran.</p> <p>e. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>f. Partus lama adalah persalinan yang tidak mengalami kemajuan pada fase laten dan fase aktif, pada primigravida berlangsung lebih dari 24 jam sedangkan pada multigravida berlangsung lebih dari 18 jam</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	:	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	:	Pendarahan $\leq 1\%$, pre-eklampsia $\leq 30\%$, sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggungjawab Data	:	Komite Medik
2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal		
Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Bersalin dan Nifas
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
Defenisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp, OG, dokter umum dan bidan yang terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan

Numerator	:	Tersedianya dokter SpOG dan bidan yang terlatih
Denominator	:	Tidak Ada
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	Tersedia
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Bersalin dan Nifas
4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi		
Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Bersalin dan Nifas
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
Defenisi Operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Perinatologi
6. Pertolongan Persalinan Melalui Sectio Cesaria		
Judul	:	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Defenisi Operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan

Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤ 20%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Bedah
7. a. Keluarga Berencana Mantap		
Judul	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Defenisi Operasional	:	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber Data	:	Rekam Medis dan Laporan KB rumah sakit
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Bersalin dan Nifas
7. b. Konseling Keluarga Berencana Mantap		
Judul	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Defenisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Laporan peserta konseling KB mantap
Sumber Data	:	Laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Bersalin dan Nifas
8. Kepuasan pelanggan		
Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Defenisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥ 80%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Bersalin dan Nifas

H. PELAYANAN RADIOLOGI;

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
Defenisi Operasional	: Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto 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 jam
Penanggungjawab Data	: Kepala Instalasi Radiologi
2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen	
Judul	: Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Defenisi Operasional	: Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya 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 satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber Data	: Register di instalasi radiologi
Standar	: 100%
Penanggungjawab Data	: Kepala Instalasi Radiologi
3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	
Judul	: Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Defenisi 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	:	$\leq 2\%$
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Radiologi
4. Kepuasan Pelanggan		
Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Defenisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvey yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvey
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Radiologi

I. PELAYANAN LABORATORIUM;

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium		
Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≤ 140 menit (manual)
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Laboratorium
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
Defenisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium.

		Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	:	Register di instalasi laboratorium
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Laboratorium
3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium		
Judul	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Defenisi 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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Laboratorium
4. Kepuasan Pelanggan		
Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Defenisi 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	:	Survey
Standar	:	≥ 80%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

J. PELAYANAN INTENSIF CARE UNIT (ICU);

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 perawatan intensif
Defenisi Operasional	: Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif selama 1 bulan
Sumber Data	: Rekam Medis
Standar	: ≤ 3%
Penanggungjawab Data	: Komite Medik / Mutu
2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif	
Judul	: Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	: Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	: Kepegawaian
Standar	: 100%
Penanggungjawab Data	: Komite Medik / Mutu

K. PELAYANAN FARMASI;

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	
Judul	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan

Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah Pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Farmasi
2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan		
Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu dimulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tungu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Farmasi
3. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan		
Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu dimulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tungu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Farmasi
4. Penulisan Resep Sesuai Formularium		
Judul	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Defenisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan

Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Farmasi
5. Kepuasan Pelanggan		
Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥ 80%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Farmasi

L. PELAYANAN GIZI;

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
Defenisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥ 90%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap
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
Defenisi 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 dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≤ 20%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap
3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet		
Judul	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap

M. PELAYANAN LAUNDRY;

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
Defenisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Laundry
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
Defenisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Laundry

N. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH;

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi		
Judul	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Bank Darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Defenisi 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 satu bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab Data	:	Kepala UTDRS
2. Kejadian Reaksi Transfusi		
Judul	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Defenisi Operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤ 0,01%
Penanggungjawab Data	:	Kepala UTDRS

O. PELAYANAN AMBULANCE;

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
Defenisi 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 dan Rawat Inap
Standar	: 24 jam
Penanggungjawab Data	: Penanggung jawab ambulance
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
Defenisi 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/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	: Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	: 100%
Penanggungjawab Data	: Penanggung jawab ambulance

P. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH;

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
Defenisi 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
Penanggungjawab Data	:	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

Q. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT;

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
Defenisi 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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala IPRS
2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat		
Judul	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Defenisi 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%

Penanggungjawab Data	:	Kepala IPRS
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
Defenisi 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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala IPRS

R. PELAYANAN GAKIN;

1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan		
Judul	:	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Defenisi 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 %
Penanggungjawab Data	:	Direktur Rumah sakit

S. PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH;

1. Baku Mutu Limbah Cair		
Judul	:	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Defenisi 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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala IPRS
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
Defenisi Operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : a. Sisa jarum suntik b. Sisa ampul c. Kasa bekas d. 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%
Penanggungjawab Data	:	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

T. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI);

1. Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih		
Judul	:	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Defenisi Operasional	:	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	:	Tiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih

Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	75%
Penanggungjawab Data	:	Ketua Komite PPI
2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)		
Judul	:	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Defenisi Operasional	:	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap hari
Periode Analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	:	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	75%
Penanggungjawab Data	:	Tim PPI
3. Terlaksananya 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
Defenisi Operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap hari
Periode Analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	75%
Penanggungjawab Data	:	Tim PPI

BUPATI SAMOSIR,
Cap/dto
VANDIKO.T GULTOM

Diundangkan dalam Berita Daerah Kabupaten Samosir
Nomor 7 Tahun 2024
Seri F Nomor 94/
Tanggal 28 Februari 2024

Pj. Sekretaris Daerah Kabupaten Samosir


RITA TAVIP MEGAWATI