



BUPATI SOLOK SELATAN  
PROVINSI SUMATERA BARAT

PERATURAN BUPATI SOLOK SELATAN  
NOMOR 5 TAHUN 2024

TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATANG SANGIR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SOLOK SELATAN,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Batang Sangir;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Dharmasraya, Kabupaten Solok Selatan dan Kabupaten Pasaman Barat di Provinsi Sumatera Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4348);
2. 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 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);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara

Republik Indonesia nomor 4503) 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);

4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;

#### MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATANG SANGIR.

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Solok Selatan.
2. Bupati adalah Bupati Solok Selatan.
3. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Solok Selatan.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Kepala Daerah dan Dewan Perwakilan Daerah dalam Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Dinas adalah perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang kesehatan.
6. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah unsur pelaksana teknis operasional dan teknis penunjang pada Dinas Kesehatan Kabupaten Solok Selatan.
7. Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Batang Sangir yang selanjutnya disingkat UPTD RSUD Batang Sangir adalah RSUD yang dikelola oleh Pemerintah Kabupaten Solok Selatan dengan memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
8. Standar Pelayanan Minimal selanjutnya disingkat SPM RSUD adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum RSUD Batang Sangir kepada masyarakat.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
10. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga Negara.
11. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/jasa kebutuhan dasar secara minimal dalam pelayanan Dasar sesuai standar teknis agar hidup secara layak.



12. 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*.
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
14. 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.
15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
16. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
22. Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit selanjutnya disingkat IPLRS adalah bidang yang tanggung jawab terhadap penyehatan lingkungan RSUD Batang Sangir.
23. *Advanced Trauma Life Support* yang selanjutnya disingkat ATLS adalah pelatihan atau kursus tentang penanganan terhadap pasien korban kecelakaan.
24. *Basic trauma life support* yang selanjutnya disingkat (BTLS) adalah pelatihan protokol penyelamatan yang umumnya digunakan oleh penyelamat dan ditujukan untuk perawatan pertama orang yang terluka yang telah menderita trauma.
25. *Advanced Cardiac Life Support* yang selanjutnya disingkat ACLS adalah Pelatihan perawatan suportif yang diberikan oleh profesional medis kepada pasien serangan jantung dan korban cedera serius.
26. Pertolongan Pertama Gawat Darurat yang selanjutnya disingkat PPGD adalah pelatihan pemberian pertolongan segera kepada penderita sakit/cedera yang memerlukan penanganan medis yang mendasar.
27. Pengendalian Pencegahan Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah bidang yang bertanggung jawab dalam pengendalian dan pencegahan infeksi di Rumah Sakit.



28. Instalasi Gawat Darurat selanjutnya di Singkat IGD adalah unit pelayanan di Rumah Sakit yang memberi penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cidera, yang membutuhkan perawatan gawat darurat.
29. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
30. *Directly Observed Treatment Shortcourse* yang selanjutnya disingkat DOTS adalah strategi yang digunakan dalam pengendalian atau penanggulangan penyakit TB melalui peningkatan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pengobatan dengan pengawasan menelan obat, kesinambungan persediaan obat anti TB jangka pendek dengan mutu terjamin serta pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB.
31. Konseling dan tes HIV secara sukarela yang selanjutnya disingkat KTS adalah salah satu pendekatan layanan penyelenggaraan konseling dan tes HIV untuk menegakkan diagnosis HIV.
32. *Human immunodeficiency virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*.
33. *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan bertahan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang.
34. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan selanjutnya disingkat DPJP adalah dokter yang bertanggung jawab dalam memberi pelayanan kesehatan.
35. Berat Bayi Lahir Rendah selanjutnya disingkat BBLR adalah bayi lahir dengan berat badan dibawah standar.
36. *Input* adalah masukan atau persyaratan dan kelengkapan yang diperlukan untuk mencapai SPM.
37. Proses adalah kegiatan yang dilakukan untuk mencapai SPM.
38. *Output* adalah hasil proses kegiatan yang dilakukan.
39. *Outcome* adalah dampak dari input proses dan output yang telah dilaksanakan.

#### Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman teknis pelaksana SPM pada UPTD RSUD Batang Sangir.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah
  - a. menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan UPTD RSUD Batang Sangir dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing unit pelayanan; dan
  - b. memberikan kepastian hukum bagi UPTD RSUD Batang Sangir dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat.



### Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini

- a. jenis pelayanan;
- b. indikator dan standar pelayanan;
- c. evaluasi; dan
- d. pembinaan, pengawasan dan pelaporan

### Pasal 4

Jenis pelayanan UPTD RSUD Batang Sangir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a meliputi:

- a. pelayanan medik dan penunjang medik;
- b. pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- c. pelayanan kefarmasian;
- d. pelayanan penunjang;

### Pasal 5

- (1) Pelayanan medik dan penunjang medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a terdiri atas:
  - a. pelayanan medik umum;
  - b. pelayanan medik spesialis; dan
  - c. pelayanan medik subspecialis.
- (2) Pelayanan medik umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berupa pelayanan medik dasar.
- (3) Pelayanan medik spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b berupa:
  - a. pelayanan medik spesialis dasar; dan
  - b. pelayanan medik spesialis lain.
- (4) Pelayanan medik spesialis dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a terdiri atas:
  - a. pelayanan penyakit dalam;
  - b. pelayanan anak;
  - c. pelayanan bedah; dan
  - d. pelayanan obstetri dan ginekologi.
- (5) Pelayanan medik spesialis lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b terdiri atas:
  - a. pelayanan medik subspecialis dasar; dan
  - b. pelayanan medik subspecialis lain.

### Pasal 6

- (1) Pelayanan keperawatan dan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b terdiri atas:
  - a. pelayanan asuhan keperawatan; dan
  - b. pelayanan asuhan kebidanan.
- (2) Pelayanan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berupa:
  - a. pelayanan asuhan keperawatan generalis; dan
  - b. pelayanan asuhan keperawatan spesialis.

#### Pasal 7

Pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf c terdiri atas:

- a. pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai yang dilakukan oleh instalasi sistem satu pintu; dan
- b. pelayanan farmasi klinik.

#### Pasal 8

(1) Pelayanan penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf d terdiri atas:

- 1) pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan; dan
- 2) pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan.

(2) Pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:

- a. pelayanan laboratorium;
- b. pelayanan rekam medik;
- c. pelayanan darah;
- d. pelayanan gizi;
- e. pelayanan sterilisasi yang tersentral; dan
- f. pelayanan penunjang lain.

(3) Pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:

- a. manajemen rumah sakit;
- b. informasi dan komunikasi;
- c. pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan;
- d. pelayanan *laundry*/binatu;
- e. pemulasaraan jenazah; dan
- f. pelayanan penunjang lain.

#### Pasal 9

Indikator kinerja dan standar pelayanan, evaluasi, dan pembinaan, pengawasan dan pelaporan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b, huruf c, dan huruf d tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### Pasal 10

- (1) Direktur bertanggung jawab dalam pelaksanaan Pelayanan RSUD sesuai dengan SPM RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.
- (2) Direktur menyampaikan laporan pencapaian kinerja Pelayanan RSUD sesuai SPM RSUD setiap tahun kepada Bupati melalui Kepala Dinas.

#### Pasal 11

- (1) Penyediaan jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dipenuhi secara bertahap sesuai dengan kemampuan RSUD Batang Sangir.
- (2) Pencapaian indikator kinerja dan standar pencapaian SPM RSUD dievaluasi secara terus menerus berdasarkan upaya maksimal yang dapat dilakukan oleh RSUD.



Pasal 12

- (1) Pembinaan RSUD dalam penerapan SPM RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Kepala Dinas.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
  - a. sosialisasi;
  - b. bimbingan teknis;
  - c. workshop; dan
  - d. pendampingan.

Pasal 13

- (1) Pengawasan operasional pelayanan sesuai dengan SPM RSUD dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan pengawasan bersama jajaran manajemen RSUD untuk menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (3) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui:
  - a. review;
  - b. monitoring;
  - c. evaluasi; dan
  - d. pemeriksaan.

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Padang Aro,  
pada tanggal 18 Maret 2024  
BUPATI SOLOK SELATAN,



KHAIRUNAS

Diundangkan di Padang Aro,  
pada tanggal 18 Maret 2024  
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SOLOK SELATAN,



SYAMSURIZALDI

BERITA DAERAH KABUPATEN SOLOK SELATAN TAHUN 2024 NOMOR 5

LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI SOLOK SELATAN  
NOMOR 5 TAHUN 2024  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT  
PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH BATANG  
SANGIR.

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit.

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 20 ayat 3 mengamanatkan bahwa rumah sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-undangan.

Penyusunan SPM di RSUD Batang Sangir, secara umum mengacu pada SPM yang diatur dalam SK Menkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tanggal 6 Februari 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Dokumen SPM RSUD Batang Sangir mencakup : Penyelenggaraan Pelayanan Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang Medik dan pelayanan nonmedik.

**B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Pemerintah Kabupaten Solok Selatan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal di RSUD Batang Sangir.



Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target untuk tahun 2022 sampai dengan tahun 2027, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

**BAB II**  
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL**  
**RSUD BATANG SANGIR**

Standar Pelayanan Minimal ini meliputi Jenis-Jenis Pelayanan, indikator, pencapaian awal dan rencana pencapaian selanjutnya.

**A. Jenis-Jenis Pelayanan di RSUD BATANG SANGIR**

- a. pelayanan medik dan penunjang medik terdiri atas:
  1. pelayanan medik umum berupa:
    - a) pelayanan gawat darurat; dan
    - b) pelayanan rawat jalan.
  2. pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lainnya berupa:
    - a) pelayanan rawat jalan;
    - b) pelayanan rawat inap;
    - c) pelayanan kamar operasi; dan
    - d) pelayanan persalinan dan perinatologi.
  3. pelayanan medik subspecialis dasar dan subspecialis lainnya berupa:
    - a) pelayanan rawat jalan;
    - b) pelayanan rawat inap;
    - c) pelayanan kamar operasi; dan
    - d) pelayanan persalinan dan perinatologi.
- b. pelayanan keperawatan dan kebidanan terdiri atas:
  1. pelayanan asuhan keperawatan terdiri atas:
    - a) pelayanan keperawatan generalis berupa:
      - 1) pelayanan gawat darurat; dan
      - 2) pelayanan rawat jalan.
    - b) pelayanan keperawatan spesialis berupa:
      - 1) pelayanan rawat inap; dan
      - 2) pelayanan kamar operasi.
  2. pelayanan asuhan kebidanan terdiri atas:
    - a) pelayanan persalinan dan perinatologi; dan
    - b) pelayanan rawat inap.
- c. pelayanan kefarmasian terdiri atas:
  1. pelayanan farmasi; dan
  2. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit.
- d. pelayanan penunjang terdiri atas:
  1. pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan berupa:
    - a) pelayanan radiologi;
    - b) pelayanan laboratorium;
    - c) pelayanan gizi;
    - d) pelayanan rekam medik;



- e) pelayanan penyehatan lingkungan rumah sakit;
- f) pelayanan pencegahan pengendalian infeksi;
- g) pelayanan sterilisasi/*Central Sterile Supply Department (CSSD)*; dan
- h) pelayanan transfusi darah.

2. pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan terdiri atas:

- a) pelayanan promosi kesehatan rumah sakit;
- b) pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- c) pelayanan administrasi manajemen;
- d) pelayanan ambulance/kereta jenazah;
- e) pelayanan laundry;
- f) pelayanan keamanan; dan
- g) pelayanan pemulasaraan jenazah.

**B. SPM Setiap jenis Pelayanan, Indikator, Nilai dan Target Pencapaian 2024 sampai 2026**

No	Jenis Pelayanan	INDIKATOR		Std	Perencanaan	Rencana Capaian		
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026
1	Pelayanan gawat darurat	I	Kemampuan menangani <i>live saving</i>	100%	100%	100%	100%	100%
			Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%	100%	90 %	100 %	100%
			Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim
		P	Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	90%	100%	100%
		Jam Buka 24 jam	24 Jam	8 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	

			Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	$\leq 5$ Menit dilayani setelah pasien datang	3-5 Menit	$\leq 5$ Menit	$\leq 5$ Menit	$\leq 5$ Menit
			Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100 %	100%
		OP	Kematian pasien di IGD	$\leq 2/1000$	4,04/1000	3/1000	$\leq 2/1000$	$\leq 2/1000$
			Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/mati	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		OC	Kepuasan Pelanggan IGD	$\geq 70$ %	80%	$\geq 70$ %	$\geq 80$ %	$\geq 80$ %
2	Pelayanan Rawat Jalan	I	Ketersediaan pelayanan sesuai dengan kelas RS	Bedah Interne, Anak Obsgyn	100%	70%	80%	100%
			Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	100%	70%	80%	100%
		P	Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	70%	90%	100%
			Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100 %	90 %	90 %	100 %
			Waktu tunggu rawat jalan	$\leq 60$ menit	$\leq 60$ menit	$\leq 60$ menit	$\leq 60$ menit	$\leq 60$ menit
			Penegakan diagnosis TB melalui	100 %	100%	50%	80%	100%



			pemeriksaan mikroskopis					
			Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	80%	90%	100%
			Ketersediaan pelayanan KTS (HIV)	Tersedia	Tersedia dan Tenaga Terlatih	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		OP	Peresepan obat sesuai formularium	100%	100%	50%	80%	100%
			Pencatatan Pelaporan TB di RS	100 %	100%	90%	90%	100%
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	90 %	80 %	90 %	95 %
3	Pelayanan Rawat Inap	I	Ketersediaan pelayanan sesuai dengan kelas RS	Bedah, Interne, Anak, Obsgyn	100%	70%	100%	100%
			Pemberi pelayanan : dokter spesialis, dokter umum	100%	100%	80%	100%	100%
			Pemberi pelayanan : perawat minimal D3	100%	100%	100%	100%	100%
			Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%	80%	80%	100%
			Pengaman tempat tidur selalu terpasang pada pasien resiko jatuh (lansia, anak-anak, pasien penurunan	100%	100%	80%	80%	100%

		kesadaran)						
		Kamar mandi dengan pengamanan pegangan tangan	100%	100%	80%	90%	100%	
		Dokter spesialis DPJP pelayanan pasien Ranap	100%	100%	50%	90%	100%	
	P	Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	80%	80%	100%	
		Jam visite dokter spesialis, sesuai ketentuan : 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100 %	50 %	80%	100%	
		Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	100 %	80 %	80 %	100%	
		Pencatatan Pelaporan TB	100%	100 %	95 %	100 %	100%	
	OP	Kejadian Infeksi pasca operasi : $\leq$ 1.5%	$\leq$ 1.5%	$\leq$ 1.5%	$\leq$ 1.5%	$\leq$ 1.5%	$\leq$ 1.5%	
		Angka kejadian HAIs : $\leq$ 9%	$\leq$ 9%	$\leq$ 9%	$\leq$ 9%	$\leq$ 9%	$\leq$ 9%	
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	
		Kematian pasien $\leq$ 48 jam	<25/1000	<25/1000	<25/1000	<25/1000	<25/1000	



			Kematian pasien > 48 jam		<25/100 0	<25/100 0	<25/10 00	<25/100 0
			Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh) $\leq 5\%$	$\leq 5\%$	$\leq 5\%$	$\leq 5\%$	$\leq 5\%$	$\leq 5\%$
		OC	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$	90%	80%	90%	100%
4	Pelayanan Kamar Operasi	I	Ketersediaan tim bedah (sesuai dengan kelas RS): - Dokter Operastor - Instrumen - Runner	100%	100%	50%	80%	100%
			Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi (sesuai dengan kelas RS):	100%	100%	80%	90%	100%
			Kemampuan melakukan tindakan operatif (sesuai dengan kelas RS):	100%	100%	50%	80%	100%
			Waktu tunggu operasi elektif	$\leq 2$ hari	$\leq 2$ hari	$\leq 2$ hari	$\leq 2$ hari	$\leq 2$ hari
			Pelaksanaan operasi diawali dengan sign in	100%	100%	50%	100%	100%
			Pelaksanaan operasi diawali dengan time in	100%	100%	50%	100%	100%
			Pelaksanaan operasi ditutup dengan sign out	100%	100%	50%	100%	100%
		OP	Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$

			Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Tidak adanya operasi salah orang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85 %	60%	80%	100 %
5.	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	I	Pemberi pelayanan persalinan normal : Dokter Spesialis/dokter Umum/bidan	100 %	100%	80%	80%	100%
			Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim Ponek	100 %	100 %	80%	100 %	100 %
			Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi					
			Dokter Sp.OG	100 %	100%	50 %	100 %	100 %
			Dokter Anak	100 %	100%	50%	100 %	100 %



			Kemampuan menangani BBLR 1.500 - 2.500 gr	100 %	100 %	50 %	80%	100 %
			Kemampuan menangani bayi lahir dengan Asfiksi	100 %	100 %	80 %	100 %	100 %
			Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria	≤ 20 %	≤ 20 %	50 %	≤20%	≤20%
			Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau dokter umum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Konseling peserta KB Mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
		OP						
			Pendarahan,	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
			preeklamsi,	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %
			Sepsis	≤0,2%	≤0,2%	≤0,2%	≤0,2%	≤0,2%
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85 %	≥ 90%	≥ 90%	≥ 100 %
6.	Pelayanan Radiologi	I	Pemberi pelayanan radiologi : - Radiografer	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
			Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan Rontgen adalah Dokter Spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
			Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam
			Tidak ada kesalahan	100%	100%	100%	100%	100%

			pemberian label					
		OP	Kerusakan foto	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85 %	100 %	100 %	100 %
7.	Pelayanan Laboratorium	I	Pemberi pelayanan di laboratorium : - D.III Analisis Kesehatan	100 %	100%	80%	100%	100%
			Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium adalah Dokter Spesialis dan dokter umum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Laboratorium	100%	80%	80%	90%	100%
			Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium :	≤120 Menit	≤120 menit	≤120 Menit	≤120 Menit	≤120 Menit
			Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Kemampuan memeriksa HIV - AIDS : tersedianya Tenaga, peralatan dan reagen	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
			Kemampuan mikroskopis TB Paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		OP	Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	99 %	90 %	90 %	100 %



			Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100 %	90 %	90 %	100 %	
		OC	Kepuasan pelanggan	$\geq 80$ %	85 %	80 %	90 %	100%	
8.	Pelayanan Farmasi	I	Pemberi pelayanan farmasi : - Apoteker - D.III Farmasi	100%	100%	100%	100%	100%	
			Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	100%	100%	85%	90%	100%	
			Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 2 tahun	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
			Waktu tunggu pelayanan Obat jadi	$\leq 30$ menit	$\leq 30$ menit	$\leq 60$ menit	$\leq 60$ menit	$\leq 30$ menit	
			Waktu tunggu pelayanan obat racikan	$\leq 60$ Menit	$\leq 60$ Menit	$\leq 90$	$\leq 90$	$\leq 60$ Mnit	
			OP	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	99%	100 %	100 %	100 %
		OC	Kepuasan pelanggan	$\geq 80$ %	85 %	90 %	90%	100%	
		9.	Pelayanan Gizi	I	Pemberi pelayanan gizi : D.III Gizi	100%	100%	90 %	90%
Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan gizi	100%				100%	70 %	90%	100%	
	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi			Tersedia	Tersedia	Belum Tersedia	Tersedia	Tersedia	
	Ketepatan waktu			$\geq 90$ %	$\geq 90$ %	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 95$ %	

			pemberian makanan kepada pasien					
		OP	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien < 20 %	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
			Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100 %	90 %	90 %	100 %
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 90 %	≥ 100%
10	Pelayanan Rekam Medik	I	Pemberi pelayanan Rekam Medik : D.III Rekam Medik	100%	100%	90%	100%	100%
			Kelengkapan fasilitas dan peralatan	100%	80%	90%	90%	100%
			Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 Menit	≤ 10 Menit	≤ 10 menit	≤ 10 Menit	≤ 10 Menit	≤ 10 Menit
			Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap ≤ 15 Menit	Rerata ≤ 15 menit	15-20 menit	Rerata ≤ 15 menit	Rerata ≤ 15 menit	Rerata ≤ 15 menit
		OP	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	85%	95 %	100 %	100 %
			Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



			jasas						
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	≥ 90 %	≥ 90%	≥ 100 %	
11	Penyehatan Lingkungan	I	Adanya penanggungjawab pengelola limbah rumah sakit : adanya SK direktur	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
			Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat, cair	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
		P	Ketepatan pelaksanaan periode pemeriksaan sampel	100%	85%	95%	100%	100%	
			Pengelolaan limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	
			Pengelolaan limbah padat	100%	100%	100%	100%	100%	
		OP							
			BOD : < 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	
			COD : < 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	
			TSS : < 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	
			PH : 6-9	6-9	6-9	6-9	6-9	6-9	
OC	Pantauan dampak pencemaran lingkungan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			
12	Administrasi dan Manajemen	I	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	90%	≥ 75 %	≥ 90 %	≥ 100 %	
			Adanya peraturan internal rumah	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	

		sakit					
		Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
		Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
		Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
		Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	P	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap $\leq 2$ Jam	$\leq 2$ Jam	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit
		Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen	100 %	100 %	80 %	90%	100 %
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %	80 %	90%	100 %
		Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	80%	90%	100%
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %	80 %	90%	100 %
		Adanya	Tersedi	Tersedia	Tersedia	Tersedi	Tersedia



			rencana pengembangan SDM	a			a	
		OP	Cost Recovery	≥ 60 %	60%	60 %	80%	100 %
			Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	80 %	100 %	100 %
			Karyawan yg mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥60%	60%	≥90%	≥100%	≥100%
			Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	100 %	90 %	90%	100 %
		OC	Status Pengelolaan Keuangan	WTP (Wajar Tanpa Pengecualian)	WTP	WTP	WTP	WTP
			Status Laporan akuntabilitas kinerja	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
13	Ambulance /Mobil Jenazah	I	Ketersediaan pelayanan ambulance dan mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
			Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah : Sopir ambulance terlatih	100%	85%	95%	100%	100%
			Ketersediaan mobil ambulance	100%	100%	100%	100%	100%
			Ketersediaan mobil jenazah	100%	0%	100%	100%	100%

			Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	10-15 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit
			Waktu tanggap pelayanan pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	15-30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit
		OP	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	95%	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %
14	Laundry	I	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
			Adanya penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur
			Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	100%	80%	50%	100%	100%
		P	Waktu tanggap pelayanan laundry : maksimal 30 menit	30 Menit	≤ 30 menit	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 30 menit
			Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	60%	80%	90%	100%
		OP	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	92 %	90%	90 %	90 %



			Ketersediaan linen : 2,5 – 3 set x jumlah TT	100 %	65 %	90%	90 %	100 %
			Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	90%	95%	95%	100%
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %
15	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	I	Adanya penanggung jawab IPSRS	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur
			Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Belum tersedia	Belum tersedia	Belum tersedia	Tersedia
		P	Waktu tanggap kecepatan menanggapi kerusakan alat : 15 menit	≥ 80 %	85 %	80%	90%	100%
			Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %	100 %	80 %	90 %	100 %
			Ketepatan waktu kalibrasi alat	100 %	85 %	100 %	100%	100 %
		OP	Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain), yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	85 %	95 %	100 %	100 %
		OC	Ketersediaan alat siap pakai	100%	100%	90%	90%	90%
		16	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	I	Tersedianya Tim PPI yang terlatih	≥ 75 %	85 %	80 %
Ketersediaan APD disetiap instalasi	≥ 75 %				85 %	80 %	90%	100%
Rencana program PPI	Ada				Ada	Ada	Ada	Ada

		P	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	90%	80%	90%	100%
			Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	90%	80%	90%	100%
		OP	Kegiatan Pencatatan Pelaporan Infeksi HAIs di RS	75 %	100%	80%	90%	100%
		OC	Terpantaunya kejadian HAIs di rumah sakit	100 %	90%	80 %	90 %	100 %
17	Pelayanan Keamanan	I	Jam tugas satuan pengamanan : 24 jam	100%	100%	100%	100%	100%
			Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	80%	90%	100%	100%
			Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
			Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit : setiap 6 jam	100%	90%	100%	100%	100%
			Evaluasi terhadap system pengamanan	100%	90%	100%	100%	100%
			Waktu Tanggap Pelayanan Keamanan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit
		OP	Kegiatan Pencatatan Pelaporan Jaga	100%	100%	100%	100%	100%
			Tidak adanya kejadian kehilangan barang (pasien,	100%	90%	90%	100%	100%



			pengunjung, karyawan)					
			Kegiatan pencatatan dan pelaporan kehilangan	100%	100%	100%	100%	100%
		OC	Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%	95 %	100 %	100 %
18	Pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit	I	Adanya penanggungjawab PKRS	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur
			Ketersediaan fasilitas dan peralatan PKRS	100%	100%	80%	9%	100%
		P	Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	80%	90%	100%
			Pemberian informasi dan edukasi minimal 1 kali 1 hari	100%	100%	80%	90%	100%
			Adanya pojok informasi di rawat jalan.	100%	100%	80%	90%	100%
			Terlaksananya pemberian informasi hak dan kewajiban pasien	≥ 80 %	65%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		OC	Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan rumah sakit - Membuang sampah pada tempatnya - Cuci Tangan - Tidak membuang	≥ 80 %	85%	≥ 80 %	≥ 90 %	≥ 100 %

			dahak sembarangan - Tidak merokok dilingkungan rumah sakit					
		OC	Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%	≥ 80 %	≥ 90 %	≥ 100 %
19	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	I	Ketersediaan tim Pemulasaraan Jenazah (sesuai dengan kelas RS)	100%	100%	50%	80%	100%
			Ketersediaan fasilitas dan peralatan Pemulasaraan Jenazah	100%	100%	80%	90%	100%
			Kemampuan melakukan tindakan Pemulasaraan Jenazah	100%	100%	50%	80%	100%
		OP	Pemulasaraan Jenazah berjalan dengan lancar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Tidak adanya Pemulasaraan Jenazah	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Tidak adanya kejadian salah tindakan Pemulasaraan Jenazah	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		OC	Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%	≥ 70 %	≥ 90 %	≥ 100 %
20	Pelayanan Tranfusi Darah	I	Pemberi pelayanan di: - SMA / D.III terlatih tranfusi Darah	100 %	100%	20%	100%	100%
			Pelaksana pemeriksaan darah D.III Kesehatan	100 %	100 %	50%	100 %	100 %



			Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Tranfusi Darah	100%	80%	50%	80%	100%
			Waktu pelayanan:	≤120 Menit	≤120 menit	≤120 Menit	≤120 Menit	≤120 Menit
			Tidak Adanya Kejadian Tertular penyakit	100 %	100 %	100%	100 %	100 %
		OP	Tidak ada kesalahan pengambilan darah	100 %	99 %	90%	90 %	100 %
			Tersedianya stock darah	100 %	100 %	50%	90 %	100 %
		OC	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85 %	80%	90 %	100%
21	Pelayanan Sterilisasi	I	Ketersediaan pelayanan Sterilisasi	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
			Adanya penanggung jawab pelayanan Sterilisasi	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Ada SK direktur
			Ketersediaan fasilitas dan peralatan Sterilisasi	100%	80%	50%	80%	100%
		P	Waktu tanggap pelayanan Sterilisasi : maksimal 30 menit	30 Menit	≤ 30 menit	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 30 menit
			Ketepatan pengelolaan Alat infeksius	100%	60%	Belum Tersedia	80%	100%
		OP	Tidak adanya kejadian Alat yang hilang	100 %	92 %	50%	90 %	90 %
			Ketersediaan Alat : 2,5 – 3 set x jumlah TT	100 %	65 %	50%	90 %	100 %
			Ketersediaan alat steril	100%	90%	50%	95%	100%

			untuk kamar operasi					
		OC	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	85%	85%	$\geq 100\%$	$\geq 100\%$



**C. RINCIAN RENCANA KEGIATAN PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL UPTD RSUD BATANG SANGIR**

No	Jenis Pelayanan	Uraian Indikator	Standar	Perencanaan	Rencana Kegiatan			Penanggung jawab
					2024	2025	2026	
1	Pelayanan gawat darurat	Kemampuan menangani <i>live saving</i>	100 %	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat standar fasilitas dan peralatan ruangan IGD</li> <li>- Penyediaan Daftar Inventaris alat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala seksi Penunjang Medis</li> <li>- Kepala Instalasi IGD</li> <li>- Kepala Ruang IGD</li> </ul>
		Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100 %	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga IGD</li> <li>- Lakukan pemetaan kualifikasi tenaga</li> <li>- Buat Usulan anggaran pelatihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Instalasi IGD</li> <li>- Kepala Ruang IGD</li> <li>- Kepala Subag Kepegawaian dan Diklat</li> </ul>
		Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	2 Tim	2 Tim	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaharui SK</li> <li>- Pelatihan Penanggulangan Bencana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaharui SK</li> <li>- Pelatihan Penanggulangan Bencana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaharui SK</li> <li>- Pelatihan Penanggulangan Bencana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan</li> <li>- Kepala Sub.</li> </ul>

									bagian Tata Usaha
Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%		100%	- Pemilihan Duta Pin RS	-		-	- Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan - Kepala sub TU - Kepala seksi Penunjang Medis
Jam Buka 24 jam	24 Jam	24 Jam			- Lakukan monitoring dan evaluasi	- Lakukan monitoring dan evaluasi	-	-	- Kepala Seksi Keperawatan Instalasi IGD
Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 Menit dilayani setelah pasien datang	3-5 Menit			- 3-5 Menit	- 3-5 Menit	-	-	- Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan - Ka. Instalasi IGD
Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	100%			- 100%	- 100%	-	-	- Kepala Seksi Pelayanan - Ka. Instalasi IGD - Kepala



									Ruang IGD Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan Kepala Instalasi IGD Kepala Ruang IGD Ketua Komite Medis Ketua Komite Keperawatan
									- - - - -
Kematian pasien di IGD	$\leq 2/1000$	$\leq 2/1000$		- Audit kematian di IGD setiap rapat berkala/ Konferen Kematian	- Audit kematian di IGD setiap rapat berkala/ Konferen Kematian	- Audit kematian di IGD setiap rapat berkala/ Konferen Kematian	- Audit kematian di IGD setiap rapat berkala/ Konferen Kematian	- Audit kematian di IGD setiap rapat berkala/ Konferen Kematian	- - - -
Tidak adanya kejadian jatuh berakibat cacat/mati	100 %	100%		- Seluruh tempat tidur IGD harus mempunyai pagar pengaman	- Seluruh tempat tidur IGD harus mempunyai pagar pengaman	- Seluruh tempat tidur IGD harus mempunyai pagar pengaman	- Seluruh tempat tidur IGD harus mempunyai pagar pengaman	- -	Kepala Seksi Penunjang Medis Kepala Ruang IGD





									Tata Usaha Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawat an Kepala Seksi Penunjang Medis
									-
Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100 %	- - -	Buat kebijakan jam buka pelayanan Lakukan sosialisasi kepada staf	- -	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- -	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	-
Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	- - -	Revisi Jadwal pelayanan dokter Buat kebijakan jam mulai pelayanan di rawat jalan Perbaiki sistem penyediaan rekam medis	- -	Lakukan rapat evaluasi setiap 6 bulan	-	Lakukan rapat evaluasi setiap 6 bulan	- - -
									-
									-
									-







Pelayanan Rawat Inap	Ketersediaan pelayanan sesuai dengan kelas RS	Bedah, Internes, Anak, Obsgyn	100%	- Lakukan monitoring dan evaluasi	- Lakukan monitoring dan evaluasi	- Kepala Bidang Pelayanan Medis
	Pemberi pelayanan : dokter spesialis, dokter umum	100%	100%	- Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga - Buat usulan kebutuhan tenaga	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Kepala Bidang Pelayanan Medis
	Pemberi pelayanan : perawat minimal D3	100%	100%	- Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga - Buat usulan kebutuhan tenaga	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Kepala Bidang Pelayanan dan Keperawatan - Kepala Ruang terkait
	Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%	- Seluruh tempat tidur rawat inap harus mempunyai pagar pengaman	- Seluruh tempat tidur rawat inap harus mempunyai pagar pengaman	- Kepala Seksi Penunjang Medis - Kepala Ruang terkait
	Pengaman tempat tidur selalu terpasang pada pasien jatuh resiko (lansia, anak-anak, pasien penurunan kesadaran)	100%	100%	- Buat kebijakan pengaman tempat tidur selalu terpasang	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Kepala Ruang Ketua Tim

	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	100%	-	Buat kebijakan setiap kamar mandi dengan pengaman Pegangan tangan	-	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	-	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	-	Kepala Sub Bagian Tata Usaha
	Dokter spesialis DPJP pelayanan pasien Ranap	100%	100%	-	Buat kebijakan setiap kamar mandi dengan pengaman Pegangan tangan	-	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	-	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	-	Kepala seksi pelayanan dan keperawatan
	Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	-	Pemilihan Duta Pin RS	-	-	-	-	-	Kepala Sub Bagian Tata Usaha Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan Kepala Bidang Penunjang
	Jam visite dokter spesialis, sesuai ketentuan : 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100 %	100%	-	Buat komitmen dengan spesialis Buat kebijakan tentang jam visite	-	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	-	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	-	Kepala seksi pelayanan dan keperawatan Kepala Seksi









4	Pelayanan Kamar Operasi	Ketersediaan tim bedah (sesuai dengan kelas RS): - Dokter Operator - Dokter Anastesi - Asisten - Instrumen - Runner	100%	60%	- Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga - Buat usulan	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Kepala seksi pelayanan dan keperawatan - Kepala Seksi Keperawatan - Kepala Instalasi Kamar Operasi
		Ketersediaan dan fasilitas peralatan operasi (sesuai dengan kelas RS):	100%	100%	- Buat standar fasilitas dan peralatan Kamar Operasi - Penyediaan Daftar Inventaris alat	- Pemeliharaan alat	- Pemeliharaan alat	- Kepala Seksi Penunjang Medis Ka. - Instalasi Kamar Operasi - Kepala Ruang Kamar Operasi
		Kemampuan melakukan tindakan operatif (sesuai dengan kelas RS):	100%	100%	- Buat analisa kualifikasi tenaga : dokter spesialis, perawat OK dan perawat Anastesi - Pelatihan kamar operasi - Pelatihan anastesi	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Kepala Seksi Penunjang Medis - Kepala Instalasi Kamar Operasi - Kepala Instalasi Anastesi - Kepala Ruang















					dengan penyulit oleh Tim Ponek yang terlatih - Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga - Buat usulan pelatihan PONEK						Kepala Ruang
- Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi											
Dokter Sp. OG	100 %	100 %			- Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga - Buat kebijakan tentang pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis			- Kepala seksi pelayanan dan keperawatan - Kepala Instalasi
Dokter Anak	100 %	100 %			- Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga - Buat komitmen dengan dokter spesialis Anak	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis			- Kepala seksi pelayanan dan keperawatan - Dokter Spesialis Anak







		Sepsis	≤0,2%	≤0,2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat jadwal audit kematian</li> <li>- Lakukan audit kematian sesuai jadwal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat jadwal audit kematian</li> <li>- Lakukan audit kematian sesuai jadwal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat jadwal audit kematian</li> <li>- Lakukan audit kematian sesuai jadwal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelatihan service excellence</li> <li>- Buat panduan pembinaan staf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelatihan service excellence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelatihan service excellence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
6.	Pelayanan Radiologi	Pemberi pelayanan radiologi : - Dokter spesialis Radiologi - Radiografer	100 %	100 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat analisa kebutuhan tenaga</li> <li>- Buat usulan kebutuhan tenaga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>
		Pelaksana expertisi pemeriksaan	100 %	100 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat analisa kebutuhan tenaga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>





























							rawat inap ≤ 15 Menit				waktu tunggu penyediaan rekam medik rawat inap Rumuskan rencana penyelesaian sesuai penyebab				tertulis	kepewawatan Kepala Instalasi Rekam Medik Kepala Ruang Rekam Medik		
		100 %	100 %			100%	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan				- - - -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	Kepala seksi pelayanan dan keperawatan DPJP
		100 %	100 %			100 %	Kelengkapan Informed Conccent setelah mendapatkan informasi yang jelas				- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	Kepala seksi pelayanan dan keperawatan DPJP Ketua Komite Medis Ketua Komite Keperawatan

11	Penyehatan Lingkungan	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelatihan serve excellence</li> <li>- Buat panduan pembinaan staf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala seksi pelayanan dan keperawatan</li> <li>- Kepala Instalasi</li> <li>- Kepala Ruang terkait</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> </ul>		
		Adanya penanggungjawab limbah rumah sakit : adanya SK direktur	Tersedia	Tersedia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat analisa kualifikasi dan kebutuhan tenaga</li> <li>- Buat usulan kebutuhan tenaga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> </ul>		
		Ketersediaan fasilitas peralatan pengolahan limbah rumah sakit : padat, cair	Tersedia	Tersedia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat standar fasilitas dan peralatan</li> <li>- Buat usulan kebutuhan alat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala IPSRS</li> </ul>		
		Ketepatan pelaksanaan periode pemeriksaan sampel	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan pengkajian penyebab tidak tepatnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> </ul>		





12	Adminisrasi dan Manajemen	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada	90%	Pantauan dampak pencemaran lingkungan	100 %	100 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat jadwal pemusnahan sampah padat</li> <li>- Buat SPO pengelolaan limbah</li> <li>- Buat jadwal pemusnahan sampah padat</li> <li>- Buat SPO pengelolaan limbah</li> <li>- Buat jadwal pemusnahan sampah padat</li> <li>- Lakukan pengkajian terhadap lingkungan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Buat data jabatan dan data pengisian jabatan</li> <li>- Buat analisa kebutuhan jabatan</li> <li>- Buat Peraturan Bupati tentang peraturan internal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> <li>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</li> <li>- Buat laporan tertulis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha Kepala IPSRS</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> <li>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</li> </ul>							
													TSS : < 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	6-9	6-9	PH : 6-9	







Adanya rencana pengembangan SDM	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Buat perencanaan pengembangan SDM	Buat perencanaan pengembangan SDM	Buat perencanaan pengembangan SDM	Buat perencanaan pengembangan SDM	Kepala Sub bagian Tata Usaha
Cost Recovery	≥ 60 %	60%	-	-	-	-	-	Kepala Sub bagian Tata Usaha
Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	-	Buat SPO tentang kelengkapan akuntabilitas kinerja	-	-	-	Kepala Sub bagian Tata Usaha
Karyawan yg mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥60%	60%	-	Lakukan pemetaan pelatihan yang telah diikuti karyawan	-	-	-	Kepala Sub bagian Tata Usaha
Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	100 %	-	Buat SPO pengelolaan insentif	-	-	-	Kepala Sub bagian Tata Usaha

13	Ambulance/Mobil Jenazah	Status Pengelolaan Keuangan	WTP (Wajar Tanpa Pengecualian)	WTP	- Buat SPO pengelolaan keuangan	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Kepala Sub bagian Tata Usaha
		Status Laporan akuntabilitas kinerja	B	Baik	- Buat SPO laporan keuangan	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Kepala Sub bagian Tata Usaha
13	Ambulance/Mobil Jenazah	Ketersediaan pelayanan ambulance dan mobil jenazah	24 jam	24 jam	- Buat standar kebutuhan ambulance dan mobil jenazah - Buat usulan kebutuhan	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Kepala Sub bagian Tata Usaha
		Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah : Sopir ambulance terlatih	100%	100%	- Buat analisa kebutuhan tenaga - Buat usulan kebutuhan	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Kepala Sub bagian Tata Usaha
		Ketersediaan mobil ambulance	100%	100%	- Buat standar kebutuhan ambulance dan mobil jenazah - Buat usulan kebutuhan	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Kepala Seksi Penunjang Penanggung jawab Ambulance
		Ketersediaan mobil jenazah	100%	100%	- Buat standar kebutuhan ambulance dan mobil	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	- Kepala Seksi Penunjang Penanggung











15	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Adanya penanggungjawab IPSRS	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Buat standar kualifikasi dan kebutuhan tenaga IPSRS Buat usulan kebutuhan	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	Kepala Sub Bagian Tata Usaha Kepala Seksi Penunjang Medis
		Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Belum tersedia	Buat usulan anggaran untuk bengkel kerja Buat standar fasilitas dan peralatan bengkel kerja Buat usulan kebutuhan	Pembuatan bengkel kerja	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	Kepala Seksi Penunjang Medis Kepala IPSRS
		Waktu tanggap kecepatan menanggapi kerusakan alat : 15 menit	≥ 80 %	80%	Buat SPO menanggapi kerusakan alat Buat buku ekspedisi menanggapi kerusakan alat	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	Lakukan evaluasi tiap 6 bulan Buat laporan tertulis	Kepala Seksi Penunjang Medis Kepala IPSRS



16	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Tersedianya Tim PPI yang terlatih	≥ 75 %	80 %	- Susun tim PPI - Pelatihan PPI	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	Bagian Tata Usaha Kepala Sub Bagian Tata Usaha Kepala seksi pelayanan dan keperawatan
		Ketersediaan APD disetiap instalasi	≥ 75 %	75%	- Buat standar APD masing-masing instalasi - Buat usulan anggaran APD	- Buat usulan anggaran APD - Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Buat usulan anggaran APD - Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Buat usulan anggaran APD - Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Buat usulan anggaran APD - Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	Ketua Komite PPI Tim PPI Kepala Ruan terkait
		Rencana program PPI	Ada	Ada	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	Ketua Komite PPI Tim PPI
		Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	100%	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	Ketua Komite PPI Tim PPI Kepala Ruan terkait
		Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	- Lakukan evaluasi dan pengawasan tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi dan pengawasan tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi dan pengawasan tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi dan pengawasan tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	- Lakukan evaluasi dan pengawasan tiap 6 bulan - Buat laporan tertulis	Ketua Komite PPI Tim PPI Kepala Ruan terkait











18	Pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit	Kegiatan pencatatan dan pelaporan kehilangan	100%	100%	<p>- Sediakan buku pencatatan kejadian kehilangan barang (pasien, pengunjung, karyawan)</p> <p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p> <p>- Buat laporan tertulis</p>	<p>- Sediakan buku pencatatan kejadian kehilangan barang (pasien, pengunjung, karyawan)</p> <p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p> <p>- Buat laporan tertulis</p>	<p>- Sediakan buku pencatatan kejadian kehilangan barang (pasien, pengunjung, karyawan)</p> <p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p> <p>- Buat laporan tertulis</p>	<p>- Kepala Sub Bagian Tata Usaha Penanggungjawab Keamanan</p>
		Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%	<p>- Pelatihan service excellence</p> <p>- Buat panduan pembinaan staf</p>	<p>- Pelatihan service excellence</p>	<p>- Pelatihan service excellence</p>	<p>- Kepala Sub Bagian Tata Usaha Penanggungjawab Keamanan</p>
		Adanya penanggungjawab b PKRS	Ada SK direktur	Ada SK direktur	<p>- Buat analisa kebutuhan tenaga PKRS</p> <p>- Buat usulan kebutuhan</p>	<p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p> <p>- Buat laporan tertulis</p>	<p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p> <p>- Buat laporan tertulis</p>	<p>- Kepala Sub Bagian Tata Usaha Kepala seksi pelayanan dan keperawatan</p> <p>- Kepala Seksi Keperawatan</p>
		Ketersediaan fasilitas dan	100%	100%	<p>- Buat standar fasilitas dan</p>	<p>- Buat usulan kebutuhan</p>	<p>- Buat usulan kebutuhan</p>	<p>- Kepala Bidang</p>









20	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	Ketersediaan tim pemulasaran Jenazah (sesuai dengan kelas RS):	100%	60%	<p>4 benar : benar orang, benar, diet, benar waktu, benar dokumentasi</p> <p>- Pelatihan service excellence</p> <p>- Buat panduan pembinaan staf</p>	<p>- Pelatihan service excellence</p> <p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p> <p>- Buat laporan tertulis</p>	<p>- Pelatihan service excellence</p> <p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p> <p>- Buat laporan tertulis</p>	<p>- Kepala Seksi Penunjang Medis</p> <p>- Kepala Ruang Gizi</p> <p>- Kepala Sub bagian Tata Usaha</p>	<p>- Ruang Gizi</p> <p>- Kepala Seksi Penunjang Medis</p> <p>- Kepala Seksi Penunjang Medis</p>
		Ketersediaan fasilitas peralatan Pemulasaran Jenazah	100%	100%	<p>- Buat standar fasilitas dan peralatan Pemulasaran Jenazah</p> <p>- Penyediaan Daftar Inventaris alat</p>	<p>- Pemeliharaan alat</p>	<p>- Pemeliharaan alat</p>	<p>- Kepala Seksi Penunjang Medis</p>	<p>- Kepala Seksi Penunjang Medis</p>
		Kemampuan melakukan	100%	100%	<p>- Buat analisa kualifikasi</p>	<p>- Lakukan evaluasi tiap 6 bulan</p>	<p>- Lakukan evaluasi tiap</p>	<p>- Kepala Seksi</p>	<p>- Kepala Seksi</p>













**D. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
UPTD RSUD BATANG SANGIR**

**I. PELAYANAN GAWAT DARURAT**

**1. Kemampuan Menangani Live Saving**

Judul	<b>Kemampuan Menangani Live Saving</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	<i>Live saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Circulation, Airway</i> dan <i>Breath</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di IGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan Jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Daftar inventaris alat di IGD
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**2. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat**

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan.
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD /GELS yang masih berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI.
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.

Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kasubag. Kepegawaian dan Diklat

### 3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	<b>Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana</b>
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 terjadi sewaktu-waktu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B.
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat.
Standar	2 TIM.
Penanggung Jawab pengumpulan data.	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu

### 4. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)



Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 6. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	<b>Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawatdarurat 24 jam di RSUD Batangh Sangir
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah : gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat



## 7. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di <i>sampling</i> (minimal n=50)
Sumber data	Register IGD
Standar	$\leq 5$ menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu

## 8. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	<b>Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka</b>
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumahsakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 9. Kematian Pasien di IGD

Judul	<b>Kematian Pasien di IGD</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian yang terjadi di IGD sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode perawatan di IGD sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 10. Kepuasan Pelanggan di IGD

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan di IGD</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tahun
Periode Analisa	Satu tahun sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disampling (minimal n = 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu



## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Ketersediaan Pelayanan Sesuai Dengan Kelas RS

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Sesuai Dengan Kelas RS</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis yang kompeten sesuai dengan kelas RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh RSUD Batang Sangir sesuai dengan klasifikasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Jenis pelayanan yang harusnya tersedia di RS sesuai dengan kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No. 340/2010)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 2. Pemberi Pelayanan di Klinik Dokter Spesialis

Judul	<b>Pemberi Pelayanan di Klinik Dokter Spesialis</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan medis oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di RSUD Batang Sangir yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>clinical privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua 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 klinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan



### 3. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 4. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 5. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan oleh dokter spesialis, Jam buka 08.30-14.00 setiap hari kecuali hari Jum'at jam 08.30-11.30
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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 6. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Tunggu di Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersediannya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di RSUD Batang Sangir 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 disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber data	Survey pasien rawat jalan
Standar	$\leq 60$ menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim Mutu



## 7. Penegakan Diagnosa Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis

Judul	<b>Penegakan Diagnosa Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan kesinambungan layanan
Tujuan	Kapasitas penegakan diagnosa tuberculosis
Definisi operasional	Penegakan diagnosa tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya mycobacterium tuberculosis melalui 3X pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosa tuberculosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis yang diperiksa
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Petugas DOTS

## 8. Pasien Rawat Jalan TB yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	<b>Pasien Rawat Jalan TB yang Ditangani Dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Strategi DOTS adalah : pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan dalam pelayanan pasien TBC melalui penyediaan tempat/klinik khusus yang akan melakukan pelayanan dan pengawasan langsung terhadap pasien TBC
Frekuensi pengumpulan data	Setiap tiga bulan
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat pelayanan di klinik DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien dengan kasus TBC
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100%



Penanggung jawab pengumpulan data	Petugas DOTS
-----------------------------------	--------------

### 9. Ketersediaan Pelayanan KTS

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan KTS</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan KTS di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi operasional	Pelayanan Konseling dan tes HIV secara sukarela adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan test dan konseling HIV / AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Adanya pelayanan KTS
Denomirator	1
Sumber data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	Tersedianya dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 10. Peresepan Obat Sesuai Formularium

Judul	<b>Peresepan Obat Sesuai Formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denomirator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minial 50)
Sumber data	Istalasi Farmasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 11. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	<b>Pencatatan dan Pelaporan TBC di Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 12. Kepuasan Pelayanan di Klinik Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelayanan di Klinik Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan /Tim Mutu



### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Ketersediaan Pelayanan di Rawat Inap

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan di Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten harus ada di RSUD Batang Sangir (sesuai dengan kelas RS)
Definisi operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh spesialis di RSUD Batang Sangir
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang tersedia
Denominator	Jenis-jenis pelayanan spesialis yang harus ada sesuai dengan kelas RSUD Batang Sangir
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100% (sesuai dengan Permenkes No. 340/2010)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 2. Dokter Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	<b>Pemberi Pelayanan di Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis, dokter umum yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap



### 3. Perawat Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	<b>Pemberi Pelayanan di Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh perawat yang melayani di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 4. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	<b>Tempat Tidur Dengan Pengaman</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien, agar pasien tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur pasien di ruang rawat inap
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruang

**5. Pengaman Tempat Tidur Selalu Terpasang Pada Pasien Resiko Jatuh (Lansia, Anak-anak, Pasien Penurunan Kesadaran)**

Judul	<b>Pengaman tempat tidur selalu terpasang pada pasien resiko jatuh (lansia, anak-anak, pasien penurunan kesadaran)</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi operasional	Pengaman tempat tidur selalu terpasang adalah keadaan terpasangnya pagar tempat tidur pada kedua sisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang selalu terpasang pengamannya pada pasien resiko jatuh
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dengan resiko jatuh
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruang

**6. Kamar Mandi Dengan Pengaman**

Judul	<b>Kamar Mandi Dengan Pengaman</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruang



## 7. Dokter Spesialis Penanggung Jawab Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Dokter Spesialis Penanggung Jawab Pelayanan Rawat Inap</b>
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 spesialis yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap yang sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai tenaga dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medic
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 8. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap



## 9. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 10. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam visite dokter spesialis</b>
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap 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 analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 dalam bulan yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis sesuai jam visite yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim Mutu

## 11. Pasien Rawat Inap Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	<b>Pasien Ranap Tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi mutu	Akses Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakkan diagnosa dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dalam waktu 3 bulan
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Petugas DOTS

## 12. Pencatatan Pelaporan TB

Judul	<b>Pencatatan Pelaporan TB</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberculosis dalam mendukung epidemiologi tuberculosis
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan TBC adalah kegiatan mendokumentasikan dan menyampaikan kasus TBC dalam bentuk laporan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kasus tuberculosis yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu



Denominator	Jumlah seluruh pasien tuberculosis
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 13. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit 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 analisis	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	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Medik / Tim mutu

### 14. Angka Kejadian HAIs

Judul	<b>Angka Kejadian HAIs</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi HAIs
Definisi operasional	Infeksi HAIs adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi



Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi HAIs dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survey, laporan infeksi HAIs
Standar	$\leq 9\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komide Medik/ Tim Mutu

### 15. Tidak Ada Kejadian Pasien Jatuh

Judul	<b>Tidak Ada Kejadian Pasien Jatuh</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medic, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 16. Kematian Pasien $\leq 48$ jam dan $> 48$ Jam

Judul	<b>17. Kematian Pasien <math>\leq 48</math> jam dan <math>&gt; 48</math> Jam</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSUD Batang Sangir yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien $\leq 48$ jam dan $> 48$ jam adalah kematian yang terjadi sebelum dan sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk RSUD Batang Sangir
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan

Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap $\leq$ 48 jam dan $>$ 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$<$ 24/1000 (Internasional) atau $<$ 25/1000 (Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim Mutu

### 18. Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh

Judul	<b>Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq$ 5 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim Mutu

### 19. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan pelanggan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat dan kondisi ruangan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)



Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim Mutu



#### IV. PELAYANAN KAMAR OPERASI

##### 1. Ketersediaan Tim Bedah

Judul	<b>Ketersediaan Tim Bedah</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Batang Sangir dalam menyediakan pelayanan bedah
Definisi Operasional	Tim bedah adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat dan petugas instrumen
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Instalasi kamar operasi
Standar	Operator, dokter spesialis anastesi, petugas instrumen, asisten dan runner
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi

##### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Ruang Operasi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Ruang Operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan bedah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan ruang operasi
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai rumah sakit tipe D
Sumber data	Inventaris Instalasi Kamar Operasi
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Batang Sangir (RS Tipe D)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi

### 3. Kemampuan Melakukan Tindakan Operasi

Judul	<b>Kemampuan Melakukan Tindakan Operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	RSUD Batang Sangir mampu menyediakan pelayanan operasi sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Tindakan operasi adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di Kamar Operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operasi yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operasi yang seharusnya dapat dilakukan (sesuai Rumah Sakit tipe D )
Sumber data	Instalasi Kamar Operasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi

### 4. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi

### 5. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, Kesenambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah



Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi

## 6. Pelaksanaan Operasi Diawali Dengan *Sign In*

Judul	Pelaksanaan operasi diawali dengan <i>sign in</i>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya penerapan standar keselamatan pasien sebelum menjalani tindakan pembedahan
Definisi operasional	Fase <i>sign In</i> adalah fase sebelum induksi anestesi koordinator (petugas anastesi) secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelaksanaan tindakan pembedahan yang diawali dengan <i>sign in</i> .
Denominator	Jumlah tindakan pembedahan yang di survey (n minimal 50).
Sumber data	rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Anastesi



## 7. Pelaksanaan Operasi Diawali Dengan *Time In*

Judul	<b>Pelaksanaan Operasi Diawali Dengan <i>Time In</i></b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya penerapan standar keselamatan pasien sebelum menjalani tindakan pembedahan
Definisi operasional	Fase <i>Time in</i> adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Operator memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik <i>profilaksis</i> telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelaksanaan tindakan pembedahan yang diawali dengan <i>time in</i> .
Denominator	Jumlah tindakan pembedahan yang di survey (n minimal 50).
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi

## 8. Pelaksanaan Operasi Diawali Dengan *Sign Out*

Judul	<b>Pelaksanaan Operasi Diawali Dengan <i>Sign Out</i></b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya penerapan standar keselamatan pasien setelah menjalani tindakan pembedahan
Definisi operasional	Fase <i>Sign Out</i> adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelaksanaan tindakan pembedahan yang diawali dengan <i>sign out</i> .

Denominator	Jumlah tindakan pembedahan yang di survey (n minimal 50).
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi

### 9. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	<b>Kejadian Kematian di Meja Operasi</b>
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan kamar operasi dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	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
Standar	<1 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi / Komite Medis

### 10. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi kamar operasi terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan



Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi / Komite Medis

### 11. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi kamar operasi 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 analisis	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
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi / Komite Medis

### 12. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	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



Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi / Komite Medis

### 13. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	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
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kamar Operasi / Komite Medis

### 14. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	<b>Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	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	$\leq 6\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi / Komite Medis

### 15. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan kamar operasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan kamar operasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/ Ketua Komite Mutu



## V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### 1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan Normal</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Obstetri Ginekologi / Komite mutu

### 2. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis, Ruang Obstetri Ginekologi

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Obstetri Ginekologi / Komite mutu

## 2. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi</b>
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 anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dokter yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Tim yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter spesialis Anak, dokter spesialis Anastesi
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medis, Ruang Obstetri Ginekologi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Obstetri Ginekologi / Komite mutu

## 3. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr

Judul	<b>Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr</b>
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr - 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr - 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/ Tim Mutu



#### 4. Kemampuan Menangani Bayi Baru Lahir dengan Asfiksia

Judul	<b>Kemampuan Menangani Bayi Baru Lahir dengan Asfiksia</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Definisi operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh bayi baru lahir dengan asfiksia yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/ Tim Mutu

#### 5. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Obstetri Ginekologi / Perinatologi

#### 6. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan

Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Obstetri Ginekologi / Perinatologi

### 7. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	<b>Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di RSUD Batang Sangir dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di RSUD Batang Sangir dalam periode yang sama
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 20 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

### 8. Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Dilayani Oleh Tenaga Kompeten

Judul	<b>Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Dilayani Oleh Tenaga Kompeten</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap



Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Tenaga yang kompeten adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter spesialis bedah dan dokter umum yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang ditangani oleh dokter yang kompeten dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim Mutu

### 9. Konseling Peserta Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap

Judul	<b>Pelayanan Konseling Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Konseling dilakukan minimal oleh tenaga bidan terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang mendapat konseling oleh tenaga bidan terlatih dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim Mutu

### 10. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	<b>Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RSUD Batang Sangir terhadap pelayanan kasus persalinan

Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, dan sepsis.</p> <p><b>Pendarahan</b> adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p><b>Pre-eklampsia dan eklampsia</b> mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 110 mmHg</li> <li>• Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>• Oedem tungkai</li> </ul> <p><b>Eklampsia</b> adalah tanda pre eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p><b>Sepsis</b> adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, atau 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 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik

### 11. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 tahun
Periode analisis	1 tahun



Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi / Tim Mutu

## VI. PELAYANAN RADIOLOGI

### 1. Pemberi Pelayanan Radiologi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Radiologi</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis Radiologi dan Radiographer
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Radiologi
Standar	Dokter spesialis Radiologi dan radiographer
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

### 2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

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

### 3. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan



Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

#### 4. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

#### 5. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto</b>
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 analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

## 6. Tidak Ada Kesalahan Pemberian Label

Judul	<b>Tidak Ada Kesalahan Pemberian Label</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pelabelan foto
Definisi operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan/atau kesalahan penandaan kanan/kiri
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel even
Periode analisis	1 bulan dan sentinel even
Numerator	Jumlah pasien di Instalasi Radiologi yang di foto dengan pelabelan benar
Denominator	Jumlah pasien yang di foto dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

## 7. Kerusakan Foto

Judul	<b>Kerusakan Foto</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan



Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

### 8. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi / Tim Mutu

## VII. PELAYANAN LABORATORIUM

### 1. Pemberi Pelayanan di Laboratorium

Judul	<b>Pemberi Pelayanan di Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Laboratorium oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan di Laboratorium adalah dokter spesialis Patologi Klinik dan Analis
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan di laboratorium
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Laboratorium
Standar	Dokter spesialis Patologi Klinik dan Analis
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
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 foto laboratorium /hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis laboratorium pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium yang dibaca dan diverifikasi 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	Kepala Instalasi Laboratorium



### 3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Laboratorium

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan di RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan Laboratorium
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Laboratorium adalah ruang, mesin dan peralata yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium baik cito maupun elektif
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laboratorium
Standar	RSUD Tipe D
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 4. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

## 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

## 6. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pelayanan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang di survey dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang di survey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	< 120 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium



### 7. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan spesimen laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya spesimen milik orang yang satu dengan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah spesimen yang tertukar
Denominator	Jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 8. Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS

Judul	<b>Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium RSUD Batang Sangir dalam memeriksa HIV-AIDS
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV-AIDS adalah pemeriksaan skrining HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV-AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV-AIDS
Denominator	1
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik / Tim Mutu

### 9. Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru

Judul	<b>Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan Keselamatan

Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium RSUD Batang Sangir dalam memeriksa mikroskopis tuberculosis paru
Definisi operasional	Pemeriksaan mikroskopis tuberculosis paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosis
Denominator	1
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik / Tim Mutu

#### 10. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Tidak Ada Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

#### 11. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal

Judul	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal
-------	--



Dimensi mutu	Keselamatan, Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium
Definisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium oleh pihak diluar RSUD Batang Sangir yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	Jumlah seluruh parameter yang diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

## 12. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

## VIII. PELAYANAN FARMASI

### 1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Farmasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Batang Sangir dalam menyediakan layanan Farmasi
Definisi operasional	Pemberi pelayanan Farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga Farmasi yang ada di Instalasi Farmasi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai ketentuan (tipe rumah sakit)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan Farmasi
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan Farmasi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan Farmasi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Ketersediaan Formularium

Judul	<b>Ketersediaan Formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien



Definisi operasional	Formularium adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	1
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

#### 4. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

#### 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan

Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

#### 6. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pelayanan obat jadi pasien disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

#### 7. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan 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
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pelayanan obat racikan pasien disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi



## 8. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat 2. salah dalam memberikan dosis 3. salah orang 4. salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

## 9. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

## IX. PELAYANAN GIZI

### 1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Gizi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Batang Sangir dalam menyediakan layanan Gizi
Definisi operasional	Pemberi pelayanan Gizi adalah tenaga Ahli Gizi yang mempunyai kompetensi sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga Ahli Gizi yang bekerja di Instalasi Gizi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai ketentuan (tipe rumah sakit)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan Gizi
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan Gizi adalah ruang, peralatan masak, peralatan makan yang harus tersedia untuk pelayanan Gizi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan Gizi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Gizi
Standar	Sesuai kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

### 3. Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Gizi

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Gizi</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan Pelayanan



Tujuan	Terpenuhinya kebutuhan pasien atau masyarakat terhadap konsultasi gizi
Definisi operasional	Pelayanan pelayanan Gizi adalah pemberian nasehat atau saran tentang gizi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Adanya pelayanan konsultasi
Denominator	1
Sumber data	Register Instalasi Gizi
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

#### 4. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

#### 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan

Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

## 6. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien</b>
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei.
Sumber data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap.

## 7. Sisa Makanan yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	<b>Sisa Makanan yang Tidak Termakan Oleh Pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi.
Definisi operasional	Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20 %



Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap.
---------------------------------	---

### 8. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet</b>
Dimensi mutu	Keamanan dan 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap.

### 9. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

## X. PELAYANAN REKAM MEDIK

### 1. Pemberi Pelayanan Rekam Medik

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Rekam Medik</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam Medik
Definisi operasional	Pemberi pelayanan Rekam Medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai dengan yang disyaratkan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di Instalasi Rekam Medik
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rekam Medik
Standar	Sesuai ketentuan
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Rekam Medik

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Rekam Medik</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan Rekam Medik
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan Rekam Medik adalah ruang, peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan Rekam Medik
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan Rekam Medik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Rekam Medik
Standar	Sesuai kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

### 3. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
-------	---



Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

#### 4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kenyamanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan atau ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

### 5. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap
Standar	$\leq 15$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

### 6. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan 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 $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksana asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang di survey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang di survey dalam 1 bulan



Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik / Kasi Pelayanan Medik

### 7. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	<b>Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed Consent</i> 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 di survey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

### 8. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rekam Medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rekam Medik
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei

Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik / Tim Mutu



## XI. PENYEHATAN LINGKUNGAN

### 1. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Penyehatan Lingkungan

Judul	<b>Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Penyehatan Lingkungan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Terkelolanya penyehatan lingkungan RSUD Batang Sangir sesuai peraturan perundangan
Definisi Operasional	Penanggung jawab penyehatan lingkungan rumah sakit adalah seseorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab penyehatan lingkungan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung Jawab Pengelolaan Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Pemeliharaan Lingkungan Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan Permenkes No. 1204 tahun 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS

### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Penyehatan Lingkungan

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Penyehatan Lingkungan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk Pengelolaan Penyehatan Lingkungan
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Penyehatan Lingkungan adalah ruang, mesin, peralatan yang harus tersedia untuk Pengelolaan Penyehatan Lingkungan sesuai dengan persyaratan (Permenkes No. 1204 tahun 2004)
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan penyehatan lingkungan
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Penyehatan Lingkungan
Standar	Sesuai kelas rumah sakit

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS
---------------------------------	--------------

### 3. Ketepatan Pelaksanaan Periode Pemeriksaan Sampel

Indikator	<b>Ketepatan Pelaksanaan Periode Pemeriksaan Sampel</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelaksanaan periode pemeriksaan sampel di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Ketepatan pelaksanaan periode pemeriksaan sampel adalah periode pemeriksaan sampel limbah sesuai dengan persyaratan 1 kali 1 bulan
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium limbah cair RSUD Batang Sangir dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS

### 4. Pengelolaan Limbah Cair

Indikator	<b>Pengelolaan Limbah Cair</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS



## 5. Pengolahan Limbah Padat

Indikator	<b>Pengolahan Limbah Padat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS/ Kepala K3RS

## 6. Baku Mutu Limbah Cair

Indikator	<b>Baku Mutu Limbah Cair</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Batang Sangir terhadap keamanan limbah cair RSUD Batang Sangir
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, ammonia < 0,1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair RSUD Batang Sangir yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS

### 7. Pantauan Dampak Pencemaran Lingkungan

Indikator	<b>Pantauan Dampak Pencemaran Lingkungan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pengawasan terhadap dampak pencemaran limbah yang dihasilkan di RSUD Batang Sangir kepada lingkungan sekitar
Definisi Operasional	Pemantauan dampak pencemaran lingkungan hidup adalah pengawasan terhadap masuknya atau dimasukkannya makhluk hidup, zat energi dan atau komponen lain ke dalam air/udara dan atau berubahnya tatanan (komposisi) air/udara oleh kegiatan pelayanan, sehingga kualitas air atau udara menjadi kurang atau tidak dapat berfungsi lagi sesuai dengan peruntukannya.
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah kejadian dampak limbah terhadap lingkungan yang diamati
Denominator	Hasil pengamatan
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS/ Kepala K3RS



## XII. ADMINISTRASI MANAJEMEN

### 1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Jabatan Sesuai Persyaratan Organisasi</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 2. Adanya Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	<b>Adanya Peraturan Internal Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi dan praktisi medis
Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi dan praktisi medis di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 3. Adanya Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	<b>Adanya Peraturan Karyawan Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumah sakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban dan hak-hak karyawan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	<b>Daftar Urutan Kepangkatan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja
Frekuensi pengumpulan data	6 tahun
Periode analisis	6 tahun
Numerator	Daftar urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	Ada dan di-update tiap 6 bulan
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha



### 5. Adanya Perencanaan Strategis Bisnis Rumah Sakit

Judul	<b>Adanya Perencanaan Strategi Bisnis Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan mision
Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
Frekuensi pengumpulan data	6 tahun
Periode analisis	6 tahun
Numerator	Perencanaan Strategi
Denominator	1
Sumber data	Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 6. Adanya Perencanaan Pengembangan SDM

Judul	<b>Adanya Perencanaan Pengembangan SDM</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 7. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap.

Judul	<b>Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap.</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap.

Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

### 8. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Manajemen

Judul	<b>Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Manajemen</b>
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di RSUD Batang Sangir.
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan manajemen 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 RSUD Batang Sangir



## 9. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Batang Sangir 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 analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

## 10. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Batang Sangir terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU Nomor 5 tahun 2004)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 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 Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 11. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	<b>Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analysis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

### 12. Adanya Rencana Pengembangan SDM

Judul	<b>Adanya Rencana Pengembangan SDM</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analysis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian dan Diklat
Standar	Ada dokumen pengembangan SDM
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 13. Cost recovery

Judul	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RSUD Batang Sangir



Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

#### 14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kerja

Judul	<b>Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kerja</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi RSUD Batang Sangir dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kinerja rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, rencana strategi RSUD Batang Sangir, dan indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 kali sebulan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Su Bagian Perencanaan dan Pelaporan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 15. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	<b>Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun</b>
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Batang Sangir terhadap kualitas sumber daya manusia.
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai RSUD Batang Sangir
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

### 16. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Ketepatan Waktu.

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Ketepatan Waktu.</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, Kenyaman
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode 3 bulan
Denominator	3
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan



## 17. Status Pengelolaan Keuangan

Judul	<b>Status Pengelolaan Keuangan</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pengakuan lembaga resmi terhadap administrasi keuangan RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) - <i>Unqualified Opinion</i> adalah opini yang dikemukakan oleh lembaga asersi (lembaga auditor) yang menggambarkan kualitas terbaik atas sebuah laporan keuangan. Jenis Opini ini menyatakan bahwa laporan keuangan disajikan secara wajar dalam semua hal yang material, posisi keuangan, hasil usaha, dan arus kas sesuai dengan prinsip akuntansi yang berlaku umum.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analysis	1 tahun
Numerator	Laporan hasil audit keuangan oleh lembaga auditor
Denominator	1
Sumber data	Sub Bagian Keuangan
Standar	WTP
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

## 18. Status Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	<b>Status Laporan Akuntabilitas Kinerja</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pengakuan lembaga resmi terhadap akuntabilitas kinerja RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kinerja rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, rencana strategi RSUD Batang Sangir, dan indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 kali sebulan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analysis	1 tahun

Numerator	Laporan hasil audit keuangan oleh lembaga auditor
Denominator	1
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	BB
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha



### XIII. PELAYANAN AMBULANCE/MOBIL JENAZAH

#### 1. Ketersediaan Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil jenazah 24 jam di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Mobil ambulance adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil untuk pengangkut jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan ambulance dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Jadwal Dinas
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Ambulance / Instalasi Pemulasaran Jenazah

#### 2. Penyedia Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil jenazah di RSUD BATANG SANGIR oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan ambulance dan mobil jenazah adalah supir ambulance/mobil jenazah yang terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Tenaga yang memberikan pelayanan ambulance dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir ambulance / mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulance
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Ambulance / Instalasi Pemulasaran Jenazah

### 3. Ketersediaan Mobil Ambulance

Judul	<b>Ketersediaan Mobil Ambulance</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance untuk pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Mobil ambulance adalah mobil pengangkut untuk orang sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulance
Denominator	1
Sumber data	Penanggungjawab Ambulance
Standar	Mobil ambulance terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Ambulance

### 4. Ketersediaan Mobil Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Mobil Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Mobil jenazah adalah mobil untuk pengangkut jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Penanggungjawab Ambulance
Standar	Mobil ambulance terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Ambulance

### 5. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan



Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Ambulance

## 6. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Ambulance

## 7. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di RSUD BATANG SANGIR

Indikator	<b>Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di RSUD Batang Sangir</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSUD Batang Sangir 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 RSUD Batang Sangir sampai tersedianya ambulance/ kereta jenazah maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/ mobil jenazah tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/ mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance / mobil Jenazah
Standar	< 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab Ambulance

**8. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan**

Judul	<b>Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSUD Batang Sangir dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance / mobil jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulance / mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance / mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulance / mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulance / mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance / mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance / mobil jenazah
Standar	< 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab Ambulance

**9. Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulance / Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan atau Kematian**

Indikator	<b>Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulance / Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan atau Kematian</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang aman
Definisi Operasional	Kecelakaan ambulans/mobil jenazah adalah kecelakaan akibat pengguna ambulans/mobil



	jenazah di jalan raya yang berakibat kecatatan dan/atau kematian bagi penumpang dan/atau masyarakat
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dikurangi jumlah kejadian kecelakaan pelayanan ambulans yang berakibat kematian/kecatatan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dalam satu bulan
Sumber data	Penanggung jawab Ambulance
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab Ambulance

### 10. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulance/mobil jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulance/mobil jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Ambulance / Tim Mutu

#### XIV. PELAYANAN LAUNDRY

##### 1. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Akses, Kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk layanan di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Pelayanan Laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan dan penyediaan linen bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit maupun dipihak ketigakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan Laundry di rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Ruang Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Laundry

##### 2. Adanya Penanggungjawab Pelayanan Laundry

Judul	<b>Adanya Penanggungjawab Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Adanya kejelasan penangung jawab penyediaan linen di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Penanggungjawab pelayanan Laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit sebagai penanggungjawab pengelolaan dan penyediaan linen di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggungjawab Pelayanan Laundry
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Laundry



### 3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan Laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan Laundry
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan dan peralatan pelayanan Laundry
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Ruang Laundry
Standar	Sesuai dengan tipe rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Laundry

### 4. Waktu Tanggap Pelayanan Laundry

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan laundry</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian laundry terhadap kebutuhan akan linen.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan linen adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan linen sampai kedatangan linen.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total komulatif waktu tanggap pelayanan linen yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total permintaan linen yang diamati dalam satu bulan.
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	Maksimal 30 Menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Laundry

### 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan

	tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Laundry

## 6. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	<b>Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Terkendalinya infeksi di RSUD Batang Sangir akibat linen infeksius
Definisi operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analysis	1 bulan
Numerator	Jumlah pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses linen infeksius
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Loundry

## 7. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Linen yang hilang adalah jumlah linen yang tidak sesuai antara jumlah linen yang dikirim dan jumlah linen yang diterima
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 %
Penanggung jawab	Kepala Ruang Laundry

### 8. Ketersediaan Linen

Judul	<b>Ketersediaan Linen</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Batang Sangir dalam mencukupi kebutuhan linen
Definisi operasional	Ketersediaan linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari sprei, dan perlak dalam jumlah cukup
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada
Sumber data	Inventaris Ruang Laundry
Standar	2,5 – 3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Laundry

### 9. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	<b>Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Batang Sangir dalam mencukupi kebutuhan linen steril untuk Kamar Operasi
Definisi operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk Kamar Operasi
Denominator	Jumlah permintaan atau kebutuhan linen steril untuk Kamar Operasi
Sumber data	Inventaris Ruang Laundry
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Laundry

## 10. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laundry
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laundry
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Loundry



## XV. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

### 1. Adanya Penanggungjawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	<b>Adanya Penanggungjawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasarana di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Penanggungjawab Pemeliharaan Sarana adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit sebagai penanggungjawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasara di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggungjawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

### 2. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	<b>Ketersediaan Bengkel Kerja</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Bengkel kerja adalah tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin dan peralatan yang ada
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya bengkel kerja
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

### 3. Waktu Tanggap Kecepatan Menanggapi Kerusakan Alat : 15 Menit

Indikator	<b>Waktu tanggap kecepatan menanggapi kerusakan alat : 15 menit</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kesinambungan pelayanan

Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan sarana RSUD Batang Sangir
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 Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

#### 4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Sesuai Jadwal Pemeliharaan

Indikator	<b>Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Sesuai Jadwal Pemeliharaan</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan /service untuk tiap - tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode 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 Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit



## 5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Indikator	<b>Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat</b>
Dimensi mutu	Kesemalatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Waktu pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

## 6. Peralatan Laboratorium (Alat Ukur yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Indikator	<b>Peralatan Laboratorium ( alat ukur yang lain ) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat ukur dan alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun
Sumber data	Buku Register pemeliharaan alat dan bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit / Kepala Instalasi Laboratorium

## 7. Ketersediaan Alat Siap Pakai

Indikator	Ketersediaan alat siap pakai
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketersediaan alat dalam kondisi siap pakai
Definisi Operasional	Ketersediaan alat siap pakai adalah kondisi yang menunjukkan alat dapat digunakan
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat siap pakai dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang tersedia
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit



## XVI. PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

### 1. Tersedianya Tim PPI yang Terlatih

Judul	<b>Tersedianya Tim PPI yang Terlatih</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersediannya 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 data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	$\geq 75\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

### 2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi

Judul	<b>Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi</b>
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Terlindungnya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD Batang Sangir seperti Masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi yang dipersyaratkan di RSUD Batang Sangir
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 75\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	TIM PPI

### 3. Rencana Program PPI

Judul	<b>Rencana Program PPI</b>
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien dan Petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	1
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim PPI

### 4. Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana

Judul	<b>Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana</b>
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien dan Petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Pelaksanaan program PPI adalah pelaksanaan tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 tahun
Periode analisis	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama satu tahun sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu satu tahun
Sumber data	Tim PPI
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua TIM PPI

### 5. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas

Judul	<b>Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien dan Petugas
Tujuan	Terlindungnya Pasien dan Petugas dari penulatan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya



Definisi operasional	Alat Pelindung Diri (APD) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD Batang Sangir seperti Masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survey observasi
Standar	$\geq 100\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua TIM PPI

#### 6. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan HAIs di RSUD Batang Sangir

Judul	<b>Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan HAIs di RSUD Batang Sangir</b>
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan HAIs di RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan factor resiko HAIs, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit, minimal satu parameter dari ILO, ILI, VAP dan ISK
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia di RSUD Batang Sangir
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 75\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua TIM PPI

#### 7. Terpantaunya Kejadian HAIs

Judul	Terpantaunya kejadian HAIs
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tergambarnya kejadian HAIs/infeksi nosokomial di RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Kegiatan pemantauan kejadian HAIs/infeksi nosokomial di RSUD Batang Sangir

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah indikator HAIs yang dilakukan pencatatan
Denominator	Jumlah indikator HAIs di RSUD Batang Sangir
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua TIM PPI



## XVII. PELAYANAN KEAMANAN

### 1. Jam Tugas Satuan Pengamanan

Judul	<b>Jam Tugas Satuan Pengamanan</b>
Dimensi Mutu	Keamanan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pengamanan lingkungan di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Jam pengamanan adalah waktu pelaksanaan tugas jaga petugas keamanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jam jaga yang dilaksanakan
Denominator	Jam jaga sesuai jadwal
Sumber data	Satuan pengamanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

### 2. Petugas Keamanan Yang Bersertifikat Pengamanan

Judul	<b>Petugas Keamanan Yang Bersertifikat Pengamanan</b>
Dimensi Mutu	Keamanan, Kompetensi Teknis dan Kenyamanan
Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
Definisi Operasional	Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari Kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

### 3. Sistem Pengamanan

Judul	<b>Sistem Pengamanan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kestinambungan Pelayanan, Keamanan
Tujuan	Tercipta sistem pengamanan di RSUD Batang Sangir khususnya pengamanan bagi bayi, anak

	dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Definisi Operasional	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Denominator	1
Sumber data	Bagian Penanggungjawab Keamanan
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

#### 4. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

#### 5. Petugas Keamanan Melakukan Keliling Rumah Sakit

Judul	<b>Petugas Keamanan Melakukan Keliling Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Kemanan, Kesinambungan Pelayanan, Keamanan



Tujuan	Tercipta rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling rumah sakit adalah mengelilingi fasilitas rumah sakit <u>setiap jam</u> dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40)
Denominator	Jumlah hari yang disampling
Sumber data	Laporan Petugas Keamanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

#### 6. Evaluasi Terhadap Sistem Pengamanan

Judul	<b>Evaluasi Terhadap Sistem Pengamanan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi Operasional	Evaluasi terhadap sistem pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap sistem pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	3 bulan
Sumber data	Pencatatan di bagian Penanggungjawab Keamanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

#### 7. Waktu Tanggap Pelayanan Keamanan

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Keamanan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menangani masalah keamanan

Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan petugas keamanan adalah sejak laporan diterima sampai mendapat pelayanan petugas keamanan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua laporan yang disampling secara acak sampai dilayani petugas keamanan
Denominator	Jumlah seluruh laporan yang masuk
Sumber data	Register keamanan
Standar	10 menit terlayani setelah laporan datang
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

#### 8. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Jaga

Judul	<b>Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Jaga</b>
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan jaga petugas keamanan di RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Kegiatan pencatatan dan pelaporan jaga dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh petugas jaga saat itu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah peccatatan dan peloporan
Denominator	Jumlah shift dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab Keamanan

#### 9. Tidak Adanya Kejadian Kehilangan Barang (Pasien, Pengunjung, Karyawan)

Indikator	<b>Tidak Adanya Kejadian Barang (Pasien, Pengunjung, Karyawan)</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan keamanan
Definisi Operasional	Kejadian kehilangan adalah terjadinya kehilangan sarana dan atau prasarana di RSUD Batang Sangir selama jam tugas keamanan
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah ketiadaan kejadian kehilangan dalam satu bulan



Denominator	Jumlah hari dalam bulan bersangkutan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggungjawab Keamanan

#### 10. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Kehilangan

Judul	<b>Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Kehilangan</b>
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan kehilangan di RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Kegiatan pencatatan dan pelaporan kehilangan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh petugas jaga saat itu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pencatatan dan pelaporan kehilangan
Denominator	Jumlah laporan kehilangan yang terjadi
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab Keamanan

#### 11. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Keamanan

## **XVIII. PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT (PKRS)**

### **1. Adanya Penanggungjawab PKRS**

Judul	<b>Adanya Penanggungjawab PKRS</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan kegiatan promosi di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Penanggung jawab Promosi Kesehatan Rumah Sakit adalah seseorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab PKRS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung Jawab PKRS
Denominator	1
Sumber data	Instalasi PKRS
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala PKRS

### **2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan PKRS**

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatana PKRS</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana dan peralatan PKRS RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan PKRS adalah ruang, peralatan yang harus tersedia untuk Pengelolaan PKRS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan PKRS
Denominator	1
Sumber data	Inventaris PKRS
Standar	Sesuai kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi PKRS

### **3. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan**

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien



Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi PKRS

#### 4. Pemberian Informasi dan Edukasi Minimal 3 Kali 1 Hari

Indikator	<b>Pemberian Informasi dan Edukasi Minimal 3 Kali 1 Hari</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan kegiatan promosi yang berkesinambungan di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Pemberian informasi adalah pemberitahuan atau kabar berita yang disampaikan baik secara langsung ataupun tidak langsung Edukasi adalah proses pengajaran yang dilakukan baik secara formal maupun non formal kepada seseorang atau lebih dari satu orang baik secara bersama-sama ataupun secara individu
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan pemberian informasi dan edukasi yang dilakukan
Denominator	Jumlah kegiatan pemberian informasi dan edukasi PKRS sesuai jadwal
Sumber data	Jadwal pemberian informasi dan edukasi di PKRS
Standar	$\geq 100\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi PKRS

**5. Adanya Pojok Informasi dan Edukasi di Rawat Jalan dan Setiap Ruang Rawat**

Indikator	<b>Adanya Pojok Informasi di Rawat Jalan dan Setiap Ruang Rawat</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kesiapan RSUD Batang Sangir terhadap terhadap kegiatan promosi
Definisi Operasional	Pojok Informasi dan Edukasi adalah tempat yang dialokasikan untuk pemberian informasi dan edukasi
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah ruangan yang menyediakan pojok informasi dan edukasi
Denominator	Jumlah seluruh ruangan yang ada
Sumber data	Instalasi PKRS
Standar	100 % pada ruang rawat inap dan klinik rawat jalan
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi PKRS

**6. Terlaksananya Pemberian Informasi Hak dan Kewajiban Pasien**

Indikator	<b>Terlaksananya Pemberian Informasi Hak dan Kewajiban Pasien</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan dan Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya upaya RSUD Batang Sangir dalam memenuhi kebutuhan informasi pasien dan keluarga
Definisi Operasional	Pemberian Informasi Hak dan Kewajiban Pasien adalah suatu kegiatan dalam menjelaskan tentang hak pasien yang didapatnya selama menjalani pengobatan dan kewajiban yang harus dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat pemberian Informasi Hak dan Kewajiban Pasien
Denominator	Jumlah pasien disurvey
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis



**7. Terciptanya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Lingkungan Rumah Sakit**

Indikator	<b>Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan rumah sakit</b> - <b>Membuang sampah pada tempatnya</b> - <b>Cuci Tangan</b> - <b>Tidak membuang dahak sembarangan</b> - <b>Tidak merokok dilingkungan rumah sakit</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kondisi lingkungan sehat di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan rumah sakit adalah suatu kondisi rumah sakit yang memenuhi syarat kesehatan
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Kondisi lingkungan yang dipantau saat observasi
Denominator	Kondisi lingkungan yang seharusnya sesuai standar
Sumber data	Observasi
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kepala IPLRS

**8. Kepuasan Pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap lingkungan RSUD Batang Sangir
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap lingkungan RSUD Batang Sangir
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPLRS / Kepala Bidang Pelayanan Medis

## XIX. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

### 1. Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan perawatan jenazah 24 jam di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Perawatan jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat, agama dan permintaan keluarga
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan perawatan jenazah 24 jam
Denominator	1
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	Tersedia 24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Kamar Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Kamar Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses, Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan kamar jenazah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan kamar jenazah adalah ruang, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan dan peralatan pelayanan kamar jenazah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Kamar Jenazah
Standar	Sesuai dengan tipe rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah



### 3. Ketersediaan Tenaga di Instalasi Perawatan Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Tenaga di Instalasi Perawatan Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses, Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Batang Sangir dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah
Definisi Operasional	Tenaga pelayanan perawatan jenazah adalah tenaga yang ditunjuk melalui SK direktur untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga pemberi pelayanan perawatan jenazah
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	Sesuai dengan tipe rumah sakit dan ditetapkan dengan SK direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

### 4. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

## 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

## 6. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah.

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Batang Sangir 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 tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien yang diamati dalam satu bulan.
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah.



## 7. Perawatan Jenazah Sesuai *Universal Precaution*

Judul	<b>Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i></b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah yang aman
Definisi operasional	<i>Universal precaution</i> adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV / AIDS dengan menggunakan standar Alat Pelindung Diri (APD)
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan <i>universal precaution</i>
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber data	Instalasi Perawatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah.

## 8. Tidak Terjadinya Kesalahan Identifikasi Jenazah

Judul	<b>Tidak Terjadinya Kesalahan Identifikasi Jenazah</b>
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi perawatan jenazah terhadap identitas pasien
Definisi operasional	Kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah dikamar jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah jenazah yang dirawat dikamar jenazah dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah jenazah yang salah identifikasi
Denominator	Jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register Instalasi Perawatan jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah.

## 9. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan pemulasaran jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah



## XX. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

### 1. Pemberi Pelayanan Tranfusi Darah

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Tranfusi Darah</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Batang Sangir dalam menyediakan layanan Tranfusi Darah
Definisi operasional	Pemberi pelayanan Tranfusi Darah adalah tenaga SMA / DIII. Yang telah dilatih yang mempunyai kompetensi sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di Bank Darah
Denominator	1
Sumber data	Bank Darah
Standar	Sesuai ketentuan (tipe rumah sakit)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bank Darah

### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Tarnfusi Darah

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Tranfusi Darah</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan Tranfusi Darah
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan Tranfusi Darah adalah peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan Tranfusi Darah
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan Tranfusi Darah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Sesuai kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bank Darah

### 3. Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Tranfusi Darah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Tranfusi Darah
Dimensi mutu	Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Terpenuhinya kebutuhan pasien atau masyarakat terhadap konsultasi Tranfusi Darah
Definisi operasional	Pelayanan pelayanan Tranfusi Darah adalah pemberian nasehat atau saran tentang gizi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Adanya pelayanan konsultasi
Denominator	1
Sumber data	Register Bank Darah
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bank Darah

### 4. Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan

Judul	<b>Pemakaian Pin Identitas Petugas Selama Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kepercayaan pasien
Tujuan	Tercipta rasa percaya pasien kepada petugas kesehatan
Definisi Operasional	Pemakaian pin identitas petugas selama pelayanan adalah pemakaian pin yang bertuliskan identitas nama (yang mudah diingat pasien) selama melaksanakan tugas (dinas jaga)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang menggunakan pin identitas selama pelayanan (dinas jaga)
Denominator	Jumlah petugas yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bank Darah

### 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan



Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bank Darah

## 6. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pelayanan Transfusi Darah

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet</b>
Dimensi mutu	Keamanan dan efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan Tranfusi Darah
Definisi operasional	Kesalahan dalam pelayanan Tranfusi Darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang melakukan tranfusi darah
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bank Darah / Kepala Instalasi Rawat Inap.

## 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Tranfusi Darah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Tranfusi Darah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80$ %

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bank Darah
--------------------------------------	-------------------



#### XIV. PELAYANAN STERILISASI (CSSD)

##### 1. Ketersediaan Pelayanan STERILISASI (CSSD)

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Sterilisasi</b>
Dimensi Mutu	Akses, Kenyamanan
Tujuan	Tersedianya alat bersih untuk layanan di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Pelayanan Sterilisasi adalah pelayanan pencucian, penyiapan dan penyediaan alat kesehatan bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit maupun dipihak ketigakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan Sterilisasi di rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Ruang Sterilisasi
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Sterilisasi

##### 2. Adanya Penanggungjawab Pelayanan Sterilisasi

Judul	<b>Adanya Penanggungjawab Pelayanan Sterilisasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Adanya kejelasan penangung jawab penyediaan alat kesehatan di RSUD Batang Sangir
Definisi Operasional	Penanggungjawab pelayanan Sterilisasi adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit sebagai penanggungjawab pengelolaan dan penyediaan alat kesehatan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggungjawab Pelayanan Sterilisasi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Sterilisasi
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Sterilisasi

##### 3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Sterilisasi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Sterilisasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Batang Sangir untuk memberikan pelayanan Sterilisasi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan Sterilisasi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus



	tersedia untuk pelayanan Sterilisasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan dan peralatan pelayanan Sterilisasi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Ruang Sterilisasi
Standar	Sesuai dengan tipe rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Sterilisasi

#### 4. Waktu Tanggap Pelayanan Sterilisasi

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan Sterilisasi</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Sterilisasi terhadap kebutuhan akan alat kesehatan.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan linen adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan linen sampai kedatangan alat kesehatan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analysis	3 bulan
Numerator	Total komulatif waktu tanggap pelayanan alat kesehatan yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total permintaan alat kesehatan yang diamati dalam satu bulan.
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	Maksimal 30 Menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Sterilisasi

#### 5. Hand Hygiene

Judul	<b>Hand Hygiene</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksana kegiatan pencegahan kejadian HAIs
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah kegiatan membersihkan tangan pada five moment baik dengan air maupun dengan cairan yang disarankan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang cuci tangan selama waktu pemantauan
Denominator	Jumlah seluruh petugas selama waktu pemantauan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Sterilisasi



## 6. Ketepatan Pengelolaan alat kesehatan Infeksius

Judul	<b>Ketepatan Pengelolaan alat kesehatan Infeksius</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di RSUD Batang Sangir akibat alat kesehatan infeksius
Definisi operasional	Alat kesehatan infeksius adalah alat kesehatan yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pengamatan proses pengelolaan alat kesehatan infeksius yang dilakukan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses alat kesehatan infeksius
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Sterilisasi

## 7. Tidak Adanya Kejadian alat kesehatan Yang Hilang

Indikator	Tidak Adanya Kejadian alat kesehatan Yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan Sterilisasi
Definisi Operasional	Linen yang hilang adalah jumlah alat kesehatan yang tidak sesuai antara jumlah alat kesehatan yang dikirim dan jumlah alat kesehatan yang diterima
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah alat kesehatan yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah alat kesehatan yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Ruang sterilisasi

## 8. Ketersediaan alat kesehatan

Judul	<b>Ketersediaan alat kesehatan</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Batang Sangir dalam mencukupi kebutuhan linen
Definisi operasional	Ketersediaan alat kesehatan adalah tersedianya linen yang terdiri dari sprei, dan perlak dalam jumlah cukup
Frekuensi	1 bulan



pengumpulan data	
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada
Sumber data	Inventaris Ruang sterilisasi
Standar	2,5 – 3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang sterilisasi

### 9. Ketersediaan alat kesehatan Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	<b>Ketersediaan alat kesehatan Steril Untuk Kamar Operasi</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Batang Sangir dalam mencukupi kebutuhan alat kesehatan steril untuk Kamar Operasi
Definisi operasional	alat kesehatan steril adalah alat kesehatan yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah alat kesehatan steril yang dapat disediakan untuk Kamar Operasi
Denominator	Jumlah permintaan atau kebutuhan alat kesehatan steril untuk Kamar Operasi
Sumber data	Inventaris Ruang Sterilisasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Sterilisasi

### 10. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Sterilisasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Sterilisasi
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
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 Ruang Sterilisasi



### **BAB III PENUTUP**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Batang Sangir pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi RSUD Batang Sangir yang terkait dengan sumber daya yang belum sesuai standar maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh RSUD Batang Sangir sejak ditetapkan pada tahun 2022 sampai dengan tahun 2027, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ini diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Buku SPM ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BUPATI SOLOK SELATAN,



KHAIRUNAS