BUPATI BLORA
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 26 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAMIN SUROSENTIKO RANDUBLATUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BLORA,

Menimbang :

a. bahwa standar pelayanan minimal merupakan dokumen yang memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah yang akan menerapkan badan layanan umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

b. bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Samin Surosentiko Randublatung, perlu menetapkan standar pelayanan minimal pada rumah sakit dimaksud;

c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, standar pelayanan minimal unit pelaksana teknis dinas/badan daerah yang akan menerapkan badan layanan umum daerah ditetapkan oleh kepala daerah;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Blora tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Samin Surosentiko Randublatung;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara tanggal 8 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang- Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Lembaran, Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 2757);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

4. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);

5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4285);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
9. Peraturan Pemerintah Nomor Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
12. Peraturan Bupati Blora Nomor 52 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah (Berita Daerah Kabupaten Blora Tahun 2023 Nomor 52);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAMIN SUROSENTIKO RANDUBLATUNG.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Blora.

2. Bupati adalah Bupati Blora.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintah yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Samin Surosentiko Randublatung.
6. Direktur RSUD adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Samin Surosentiko.
7. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
8. Standar Pelayanan Minimal RSUD yang selanjutnya disingkat SPM RSUD adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

(1) SPM RSUD dimaksudkan sebagai pedoman bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.

(2) SPM RSUD bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu Pelayanan Kesehatan dan penunjang Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.

BAB III

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), DAN URAIAN STÁNDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 3

(1) Jenis pelayanan pada RSUD meliputi:
   a. pelayanan gawat darurat;
   b. pelayanan rawat jalan;
   c. pelayanan rawat inap;
   d. pelayanan bedah sentral; dan
   e. pelayanan penunjang medik.

(2) Ketentuan mengenai SPM untuk setiap jenis pelayanan, indikator dan standar tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati Blora ini.

(3) Ketentuan mengenai uraian SPM RSUD tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati Blora ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 4

(1) RSUD melaksanakan Pelayanan Kesehatan dan penunjang Pelayanan Kesehatan berdasarkan SPM RSUD.

(2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan sesuai SPM RSUD.

(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM RSUD dilaksanakan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 5

(1) Direktur RSUD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan dan penunjang Pelayanan Kesehatan RSUD berdasarkan SPM RSUD.

(2) Setiap unit kerja pada RSUD menyusun rencana kerja, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan dan penunjang Pelayanan Kesehatan berdasarkan SPM RSUD.

(3) Setiap pelaksana Pelayanan Kesehatan dan penunjang Pelayanan Kesehatan, menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM RSUD.

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

(1) Pembinaan dan pengawasan atas pelaksanaan SPM RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
   a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM RSUD;
   b. penyusunan rencana pencapaian SPM RSUD dan penetapan target tahunan pencapaian SPM RSUD;
   c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM RSUD; dan
   d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM RSUD.

Pasal 7

Dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dapat berkoordinasi dengan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang–undangan.

BAB VI

PENDANAAN

Pasal 8

Segala pendanaan yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan SPM RSUD dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Blora
pada tanggal 28 Agustus 2024

BUPATI BLORA,

Cap Ttd.

ARIEF ROHMAN

Diundangkan di Blora
pada tanggal 28 Agustus 2024

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BLORA,

Cap Ttd.

KOMANG GEDE IRAWADI

BERITA DAERAH KABUPATEN BLORA TAHUN 2024 NOMOR 26

Sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum Setda Kab. Blora,

Ditandatangani secara elektronik oleh :

SLAMET SETIONO, SH, MM
NIP. 19770111 200501 1 006

UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1 *"Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah."*
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan **sertifikat elektronik** yang di terbitkan **BSrE (Balai Sertifikasi Elektronik).**

PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 26 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAMIN SUROSENTIKO RANDUBLATUNG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, DAN STANDAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAMIN SUROSENTIKO RANDUBLATUNG

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani *life saving* di IGD	100%
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3. Pemberian Pelayanan bersertifikat PPGD/ ATLS/BCLS/A CLS	100%
		4. Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	1 (satu) tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
		6. Kepuasan Pelanggan	≥70%
		7. Kematian pasien< 24	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2	Rawat Jalan	1 Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3. Jam buka pelayanan	08.00 – 16.00
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		6. a. Penegakan diagnose TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	a. ≥ 60% b. ≤ 60%
3	Rawat Inap	1 Pemberi pelayanan di rawat inap	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal Pendidikan D3
		2 Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam visite Dokter Spesialis	08.00 – 16.00
		5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1,5%
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5%
		7. Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%
		9. Kejadian Pulang Paksa	≤ 5%
		10. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%
		11. Rawat Inap TB: a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah sakit	a. ≥ 60% b. ≥ 60%
4	Bedah Sentral	1 Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1%
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain	100%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		pada tubuh pasien setelah operasi	
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6%
5	Persalinan dan Perinatologi	1 Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2%
		2 Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Spesialis Obgyn b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan terlatih (Asuhan Persalinan Normal)
		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Spesialis Obgyn b. Dokter Spesialis Anak c. Dokter Spesialis Anestesi
		5 Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%
		6 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%
		7 Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%
		8 Kepuasan Pelanggan	≥ 80%
6	Rawat Intensif	1 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		2 Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Spesialis Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat pendidikan paling rendah Diploma III dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / setara Diploma IV
7	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2 pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Radiologi
		3 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80%
8	Laboratorium	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin
		2 Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik
		3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80%
9	Rehabilitasi Medik	1 Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	≤50%
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3 Kepuasan pelanggan	≥ 80%
10	Farmasi	1 Waktu Tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2 Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3 Kepuasan pelanggan	≥ 80%
		4 Penulisan resep sesuai formularium	100%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
12	Tranfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani
14	Rekam Medik	1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2 Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
15	Pengelolaan Limbah	1 Baku Mutu Limbah Cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		2 Pengelolaan Limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
16	Administrasi dan Manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		4 Ketepan Waktu pengurusan gaji berkala	100%
		5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%
		6 *Cost recovery*	≥ 40%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		7 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		8 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
17	Ambulans/Mobil Jenazah	1 Waktu pelayanan ambulans/ mobil jenazah	24 jam
		2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit
		3 Waktu tanggap (*response time*) pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	< 15 menit
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%
		2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3 Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
20	Pelayanan Laundry	1 Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		2 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1 Adanya anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	Anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih 75%
		2 Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi/departemen	60%
		2 Pemisahan sampah medis dan nonmedis	75%

BUPATI BLORA,

Cap Ttd.

ARIEF ROHMAN

LAMPIRAN II

PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 26 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAMIN SUROSENTIKO RANDUBLATUNG

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

a. Kemampuan Menangani *Life saving* Anak dan Dewasa

1	JUDUL INDIKATOR	Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	*Life Saving* adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *Airway, Breath, Circulation*
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan *life saving* di Gawat Darurat
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan *life saving* di Unit Gawat Darurat
9	SUMBER DATA	Rekam Medik di Gawat Darurat
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Keterjangkauan
3	TUJUAN	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Laporan Bulanan
10	NILAI	24 Jam
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ GELS/ALS

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali

7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Subbagian Umum

d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

1	JUDUL INDIKATOR	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan Efektivitas
3	TUJUAN	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
4	DEFINISI OPERASIONAL	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Tidak ada
9	SUMBER DATA	Instalasi gawat darurat
10	NILAI	1 (satu) tim
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

e. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan Efektivitas
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejakkedatanagan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (*minimal n = 50*)
9	SUMBER DATA	Sample
10	NILAI	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

f. Kepuasan Pelanggan pada Unit Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali

7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei (*minimal n = 50*)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	≥ 70%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

g. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas dan Keselamatan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien Datang
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
9	SUMBER DATA	Rekam Medik
10	NILAI	≤ 2 perseribu
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

h. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
2	DIMENSI MUTU	Akses dan Keselamatan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat

4	DEFINISI OPERASIONAL	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Register rawat jalan poliklinik spesialis
10	NILAI	100%

11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan

b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

1	JUDUL INDIKATOR	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Tidak ada
9	SUMBER DATA	Register rawat jalan
10	NILAI	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan

c. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

1	JUDUL INDIKATOR	Buka pelayanan sesuai ketentuan
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum’at
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan

6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Register rawat jalan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan

d. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu di Rawat Jalan
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survei Pasien rawat jalan
10	NILAI	≤ 60 menit
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

e. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (*minimal n = 50*)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	≥ 90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan/tim mutu/panitia mutu

f. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

1	JUDUL INDIKATOR	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
2	DIMENSI MUTU	Akses, efisiensi
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara *kohort* sesuai dengan penanggulangan nasional
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap 3 (tiga) bulan

6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 (tiga) bulan
9	SUMBER DATA	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan

III. INSTALASI RAWAT INAP

a. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten dengan pendidikan paling rendah diploma III (D-III)
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	6 (enam) bulan
6	PERIODE ANALISA	6 (enam) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat inap

b. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten dengan pendidikan paling rendah diploma III (D-III)
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	6 (enam) bulan
6	PERIODE ANALISA	6 (enam) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat inap

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

1	JUDUL INDIKATOR	Ketersediaan pelayanan rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Tidak ada

9	SUMBER DATA	Register rawat inap
10	NILAI	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat inap

d. Jam Visite Dokter Spesialis

1	JUDUL INDIKATOR	Jam visite dokter spesialis
2	DIMENSI MUTU	Akses, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiaphari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	setiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

e. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian infeksi pasca operasi
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

4	DEFINISI OPERASIONAL	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	setiap bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	≤ 1,5%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

f. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

1	JUDUL INDIKATOR	Angka kejadian infeksi nosokomial
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	tiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Survei, laporan infeksi nosokomial
10	NILAI	≤ 1,5%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/ panitia mutu

g. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang berakibat Kecacatan/ Kematian

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	setiap bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rawat inap

h. Kematian Pasien > 48 Jam

1	JUDUL INDIKATOR	Kematian Pasien > 48 Jam
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan

8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	NILAI	≤ 0,24% ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite mutu/tim mutu

i. Kejadian Pulang Paksa

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian pulang paksa
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya penilain pasien terhadap Efektivitas pelayanan rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	NILAI	≤ 5%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite mutu/tim mutu

j. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap

4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	≥ 90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite mutu/tim mutu

k. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

1	JUDUL INDIKATOR	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
2	DIMENSI MUTU	Akses, efisiensi
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara *kohort* sesuai dengan penanggulangan nasional
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap 3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 (tiga) bulan

9	SUMBER DATA	Register rawat inap, register TB 03 UPK
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat inap

IV. BEDAH SENTRAL

a. Waktu Tunggu Operasi Elektif

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu operasi elektif
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	≤ 2 hari
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua instalasi bedah sentral

b. Kejadian Kematian di Meja Operasi

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian kematian dimeja operasi
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya Efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan Anestesi maupun tindakan pembedahan

5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan dan *sentinel event*
6	PERIODE ANALISA	Setiap bulan dan *sentinel event*
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10	NILAI	≤ 1%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

c. Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10	NILAI	≤ 100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

d. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10	NILAI	≤ 100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

e. Tidak adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*

7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10	NILAI	≤ 100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

f. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien setelah Operasi

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
10	NILAI	≤ 100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

g. Komplikasi Anestesi Karena Over Dosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

1	JUDUL INDIKATOR	Komplikasi Anestesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan *endotracheal tube*
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Tergambarkannya kecermatan tindakan Anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
4	DEFINISI OPERASIONAL	Komplikasi Anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan *endotracheal tube*
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi Anestesi dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	≤ 6%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

a. Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian kematian ibu karena persalinan
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:

		- Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, preeklampsia/ eklampsia dan sepsis
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
9	SUMBER DATA	Rekam medis rumah sakit
10	NILAI	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite medik

b. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan persalinan normal
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan

7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite mutu

c. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Tidak ada
9	SUMBER DATA	Kepegawaian dan rekam medis
10	NILAI	Tersedia
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite mutu

d. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis

3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis Anestesi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis Anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite mutu

e. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

1	JUDUL INDIKATOR	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
4	DEFINISI OPERASIONAL	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	100%

11	PENANGGUNG JAWAB	Komite medik/Komite mutu

f. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria

1	JUDUL INDIKATOR	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, keselamatan dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	< 100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite mutu

g. Keluarga Berencana

1	JUDUL INDIKATOR	Keluarga Berencana Mantap
2	DIMENSI MUTU	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
3	TUJUAN	Mutu dan kesinambungan pelayanan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghenti-kan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jenis pelayanan KB mantap

8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah peserta KB
9	SUMBER DATA	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Direktur Pelayanan Medik

h. Konseling KB Mantab

1	JUDUL INDIKATOR	Keluarga Berencana Mantap
2	DIMENSI MUTU	Ketersediaan kontrasepsi mantap
3	TUJUAN	Mutu dan kesinambungan pelayanan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah konseling layanan KB mantap
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah peserta KB mantap
9	SUMBER DATA	Laporan unit layanan KB
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Direktur Pelayanan Medik

i. Kepuasan Pelanggan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan

6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	> 80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

1	JUDUL INDIKATOR	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan.
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	< 3%
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite mudik/mutu

b. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan unit intensif
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis

3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat dengan pendidikan paling rendah diploma III (D-III) dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat dengan pendidikan paling rendah diploma III (D-III) dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

a. Waktu tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.

9	SUMBER DATA	rekam medis
10	NILAI	< 3%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi radiologI

b. Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

1	JUDUL INDIKATOR	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 (satu) bulan.
9	SUMBER DATA	Register di Instalasi Radiologi
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi radiologi

c. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen

4	DEFINISI OPERASIONAL	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Register radiologi
10	NILAI	< 2%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Radiologi

d. Kepuasan Pelanggan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	> 80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. INSTALASI LABORATORIUM

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	$\leq$ 140 menit (manual)
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

1	JUDUL INDIKATOR	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.

5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Register di instalasi laboratorium
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi laboratorium

c. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

d. Kepuasan Pelanggan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
5	FREKUENSI PENGUMPU LAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	> 80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

a. Kejadian *Drop Out* Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
2	DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dan Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
4	DEFINISI OPERASIONAL	*Drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	6 (enam) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 (tiga) bulan

8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	< 50%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

b. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

c. Kepuasan Pelanggan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	>80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

X. PELAYANAN FARMASI

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	<30%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	<60%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat 2. salah dalam memberikan dosis 3. salah orang 4. salah jumlah
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat

8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

d. Kepuasan Pelanggan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	>80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

e. Penulisan Resep Sesuai Formularium

1	JUDUL INDIKATOR	Penulisan resep sesuai formularium
2	DIMENSI MUTU	Efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.

5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) bulan (n minimal 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

XI. PELAYANAN GIIZI

a. Ketepatan waktu Pemberian Makanan kepada Pasien

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, akses, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	>90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

1	JUDUL INDIKATOR	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas dan efisien
3	TUJUAN	Tergambarnya Efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	>20%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Tidak adanya Keselahan dalam Pemberian Diet

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
2	DIMENSI MUTU	Keamanan, efisien
3	TUJUAN	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan

9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

1	JUDUL INDIKATOR	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Cukup jelas
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

b. Kejadian Reaksi Transfusi

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian reaksi transfusi
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
4	DEFINISI OPERASIONAL	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.

5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	NILAI	<0,01%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala UTD

XIII. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

Pelayanan terhadap Pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap Unit Pelayanan

1	JUDUL INDIKATOR	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien pemegang kartu peserta jaminan kesehatan untuk keluarga miskin
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam 1 (satu) bulan.
9	SUMBER DATA	Register pasien
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Direktur Rumah Sakit

XIV. REKAM MEDIK

a. kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

1	JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
2	DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

b. Kelengkapan *Informed Concent* setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

1	JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
4	DEFINISI OPERASIONAL	*Informed concent* adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang

		akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rekam medik

c. Waktu penyerahan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
9	SUMBER DATA	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.

10	NILAI	Rerata < 10 menit
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rekam medis

d. Waktu Penyerahan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
4	DEFINISI OPERASIONAL	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
9	SUMBER DATA	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
10	NILAI	Rerata < 15 menit
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rekam medis

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

a. Baku Mutu Limbah Cair

1	JUDUL INDIKATOR	Baku mutu limbah cair
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit

4	DEFINISI OPERASIONAL	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: - BOD (*Biological Oxygen Demand):* 30 mg/liter - COD (*Chemical Oxygen Demand)*: 80 mg/liter - TSS (*Total Suspended Solid*) 30 mg/liter - PH: 6-9
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
9	SUMBER DATA	Hasil pemeriksaan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala IPRS

b. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya sesuai dengan aturan

1	JUDUL INDIKATOR	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku

5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
9	SUMBER DATA	Hasil pengamatan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

a. Tindak lanjut Penyelesaian Hasil Rapat Pimpinan

1	JUDUL INDIKATOR	Tindak lanjut penyelesaian hasil rapat pimpinan
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian pimpinan terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Tindak lanjut penyelesaian hasil rapat pimpinan 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
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Hasil keputusan pertemuan pimpinan yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Notulen rapat
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Direktur rumah sakit

b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

1	JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawab-an secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 (tiga) bulan sekali.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	3 tahun
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dalam satu tahun
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
9	SUMBER DATA	Bagian Tata Usaha
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Direktur

c. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan

3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
9	SUMBER DATA	Sub bagian kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

d. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Gaji Berkala

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
4	DEFINISI OPERASIONAL	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Satu tahun
6	PERIODE ANALISA	Satu tahun
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
9	SUMBER DATA	Sub bagian kepegawaian
10	NILAI	100%

11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

e. Karyawan yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam per Tahun

1	JUDUL INDIKATOR	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Satu tahun
6	PERIODE ANALISA	Satu tahun
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
9	SUMBER DATA	Sub bagian kepegawaian
10	NILAI	>60%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

f. *Cost Recovery*

1	JUDUL INDIKATOR	*Cost recovery*
2	DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	*Cost recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan

6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Sub bagian kepegawaian
10	NILAI	>40%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

g. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
9	SUMBER DATA	Sub bagian kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

h. Ketepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

1	JUDUL INDIKATOR	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
4	DEFINISI OPERASIONAL	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Hasil pengamatan
10	NILAI	< 2 jam
11	PENANGGUNG JAWAB	Bagian Keuangan

i. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Kesepakatan Waktu

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas,
3	TUJUAN	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 (satu) bulan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap 6 (enam) bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 6 (enam) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif

8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	6
9	SUMBER DATA	Catatan di bagian keuangan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Bagian Keuangan

XVII. AMBULANS DAN MOBIL JENAZAH

a. Waktu Pelayanan *Ambulans* / Mobil Jenazah

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu pelayanan *ambulans*/ mobil jenazah
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan ambulans/ mobil jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans/mobil jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah hari dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Instalasi gawat darurat
10	NILAI	24 jam
11	PENANGGUNG JAWAB	Penanggungjawab ambulans/mobil jenazah

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan *Ambulans* / Mobil Jenazah di Rumah Sakit

1	JUDUL INDIKATOR	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan, keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah

4	DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah. Maksimal 30 menit
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah penyediaan ambulans/mobil jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Penanggungjawab ambulans/mobil jenazah

c. *Response Time Pelayanan Ambulans* oleh Masyarakat yang Membutuhkan

1.	JUDUL INDIKATOR	*Response Time* Pelayanan Ambulans oleh Masyarakat yang Membutuhkan
2	DIMENSI MUTU	Akses, efisiensi
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan ambulan segera setelah pasien dan keluarganya membutuhkan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu tunggu sejak petugas menghubungi Instalasi ambulan sampai dengan tersedianya mobil ambulan siap pakai
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang menunggu tersedianya ambulan < 15 menit
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan ambulans

9	SUMBER DATA	Catatan Penggunaan Ambulance
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka. Subbag Umum dan Kepegawaian

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Hasil pengamatan
10	NILAI	< 2 jam
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

1	JUDUL INDIKATOR	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat

4	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.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 (satu) bulan.
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Catatan laporan kerusakan alat
10	NILAI	> 80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala IPRS

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
2	DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Register pemeliharaan alat
10	NILAI	100%

11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala IPRS

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

1	JUDUL INDIKATOR	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
9	SUMBER DATA	Buku register
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN *LAUNDRY*

a. Tidak adanya Kejadian Linen yang Hilang

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
2	DIMENSI MUTU	Efisiensi dan Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan *laundry*
4	DEFINISI OPERASIONAL	Tidak ada
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan

7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laundry

b. Ketepatan waktu penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Efisiensi dan Efektivitas
3	TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
4	DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 (satu) bulan
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi *Laundry*

XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

a. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1	JUDUL INDIKATOR	Tersedianya anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang terlatih
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis

3	TUJUAN	Tersedianya anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap 3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 1 (satu) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang sudah terlatih
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	75%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

b. Koordinasi APD

1	JUDUL INDIKATOR	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
2	DIMENSI MUTU	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
3	TUJUAN	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
4	DEFINISI OPERASIONAL	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap hari
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah instalasi di rumah sakit
9	SUMBER DATA	Survei

10	NILAI	75%
11	PENANGGUNG JAWAB	Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

c. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial

1	JUDUL INDIKATOR	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
2	DIMENSI MUTU	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
3	TUJUAN	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap hari
6	PERIODE ANALISA	1 (satu) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
8	DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah instalasi yang tersedia
9	SUMBER DATA	Survei
10	NILAI	75%
11	PENANGGUNG JAWAB	Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

BUPATI BLORA,

Cap Ttd.

ARIEF ROHMAN