



BUPATI SIJUNJUNG
PROVINSI SUMATERA BARAT

PERATURAN BUPATI SIJUNJUNG
NOMOR 7 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KAMANG BARU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SIJUNJUNG,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 25);
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 25 Tahun 2005 tentang Perubahan Nama Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung Menjadi Kabupaten Sijunjung Provinsi Sumatera Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4832);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 6178);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

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

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Sijunjung.
2. Bupati adalah Bupati Sijunjung.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru yang selanjutnya disebut RSUD Kamang Baru adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Sijunjung yang selanjutnya disebut dengan Dinas adalah Dinas Kesehatan kabupaten Sijunjung.
5. Direktur Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Pada Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru Kabupaten Sijunjung.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat;
7. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat yang bertugas melaksanakan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pemimpin untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan social sekitar (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.

Pasal 2

Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai pedoman bagi RSUD Kamang Baru dan aparatur pemerintah Daerah dalam pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM di RSUD Kamang Baru.

Pasal 3

- (1) SPM RSUD Kamang Baru merupakan ketentuan yang memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh RSUD Kamang Baru.
- (2) SPM RSUD Kamang Baru sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh RSUD Kamang Baru.

Pasal 4

SPM RSUD Kamang Baru mencakup materi muatan:

- a. jenis pelayanan dasar;
- b. mutu pelayanan dasar; dan
- c. penerima pelayanan dasar.

Pasal 5

- (1) Jenis pelayanan RSUD Kamang Baru sebagaimana dimaksud dalam

Pasal 4 huruf a meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. ponex;
 - h. radiologi;
 - i. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - j. pelayanan rehabilitasi medik;
 - k. pelayanan farmasi;
 - l. pelayanan gizi;
 - m. pelayanan transfusi darah;
 - n. pelayanan gakin;
 - o. pelayanan rekam medik;
 - p. pengelolaan limbah;
 - q. pelayanan *laundry*;
 - r. pelayanan administrasi dan manajemen;
 - s. pelayanan Ambulans/mobil jenazah;
 - t. pelayanan pemulasaran jenazah;
 - u. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
 - v. pencegahan dan pengendalian infeksi pelayanan.
- (2) Jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan mutu pelayanan dasar.

Pasal 6

- (1) Mutu pelayanan dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b mencakup :
 - a. standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
 - b. standar jumlah dan kualitas sumber daya manusia kesehatan; dan
 - c. tata cara pemenuhan standar.
- (2) Mutu pelayanan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilihat dari pencapaian SPM berdasarkan indikator, nilai dan ketepatan waktu.

Pasal 7

- (1) SPM RSUD Kamang Baru sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 sampai dengan Pasal 6 disusun dengan sistematika sebagai berikut:
 - a. bab I memuat pendahuluan;
 - b. bab II memuat standar pelayanan minimal;
 - c. bab III memuat rencana pencapaian standar pelayanan minimal; dan
 - d. bab IV memuat penutup.
- (2) SPM RSUD Kamang Baru sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 8

- (1) UPTD RSUD Kamang Baru wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur RSUD Kamang Baru bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 12

- (1) Pengawasan operasional pelaksanaan SPM dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagai mana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD Kamang Baru.
- (3) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 13

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Muaro Sijunjung
pada tanggal 19 Juni 2024
BUPATI SIJUNJUNG,

ttd

BENNY DWIFA YUSWIR

Diundangkan di Muaro Sijunjung
pada tanggal 19 Juni 2024
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN SIJUNJUNG,

ttd

ZEFNIHAN

BERITA DAERAH KABUPATEN SIJUNJUNG TAHUN 2024 NOMOR 7

Salinan Sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM, 1



MUKHAMIS BASYIR

Pasal 9

- (1) Dalam rangka penerapan SPM RSUD Kamang Baru Direktur bersama kepala sub bagian dan kepala seksi menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit berdasarkan SPM.
- (2) Dalam melaksanakan setiap pelayanan setiap aparatur pada RSUD Kamang Baru wajib menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.
- (3) Aparatur RSUD Kamang Baru yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikenakan sanksi administratif berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; dan
 - c. sanksi kepegawaian lainnya berdasarkan peraturan perundang-undangan di bidang aparatur sipil negara maupun di bidang kesehatan untuk tenaga profesional lainnya.

Pasal 10

- (1) Direktur RSUD Kamang Baru menyampaikan laporan penerapan SPM kepada kepala Dinas.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dan dilaksanakan setiap triwulan, semester dan tahunan.
- (3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) menjadi bagian dari laporan penerapan SPM Dinas.
- (4) Berdasarkan laporan penerapan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan penerapan dan pencapaian SPM.

Pasal 11

- (1) Pembinaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (4) dilakukan oleh Bupati melalui:
 - a. perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 - b. perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan;
 - c. perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan aset; dan
 - d. unit kerja pada sekretariat Daerah yang menyelenggarakan urusan standar pelayanan minimal.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian petunjuk teknis, pemberian bimbingan teknis, pendidikan dan latihan, atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. penghitungan kemampuan sumber daya dan dana dalam rangka pencapaian SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan pencapaian SPM.
- (3) Fasilitasi, pemberian petunjuk teknis, pemberian bimbingan teknis, pendidikan dan latihan, atau bantuan teknis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI SIJUNJUNG
NOMOR TAHUN 2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH KAMANG
BARU PADA DINAS KESEHATAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa dan merupakan salah satu unsur dari kesejahteraan umum, dan upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat.

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Rumah sakit sebagai bagian penting dalam sistem kesehatan, dan pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Rumah sakit harus senantiasa meningkatkan pelayanan kesehatan, demi meningkatkan pemerataan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, melalui pengembangan kegiatan dan penyediaan dukungan anggaran yang memadai sehingga mampu melaksanakan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan pelayanan kesehatan setempat.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik organisasi yang sangat kompleks dengan jenis tenaga kesehatan berbeda dan disiplin ilmu yang beragam. Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya mengacu pada standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah ketentuan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal. Agar tercapainya standar pelayanan minimal rumah sakit harus melalui langkah proses penyusunan, penerapan, monitoring, pengendalian, evaluasi dan revisi.

Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru sebagai salah satu dibawah Dinas Kesehatan Kabupaten Sijunjung bekerja secara optimal sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit yang telah ditetapkan.

B. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan dari penyusunan Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini adalah untuk memberikan panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit.

Dokumen Standar Pelayanan Minimal ini juga bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja,

ukuran atau satuan rujukan Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru Tahun 2023 sampai dengan Tahun 2025.

C. Pengertian

1. Pengertian Umum:

- a. Standar Pelayanan Minimal
Adalah urusan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru kepada masyarakat.
- b. Rumah Sakit
Adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- c. Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru merupakan rumah sakit kelas D yang berlokasi di wilayah Kabupaten Sijunjung yang merupakan suatu organisasi pelayanan masyarakat berbentuk lembaga teknis milik pemerintah Kabupaten Sijunjung.

2. Definisi Operasional:

- a. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. 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;
- c. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan;
- d. 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;
- e. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai;
- f. Definisi operasional: dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
- g. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator;
- h. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
- i. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
- j. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
- k. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/ kinerja yang diharapkan bisa dicapai;
- l. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

D. Jenis-Jenis Pelayanan

Jenis-jenis pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Bedah;
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
6. Pelayanan Intensif;
7. Ponex;
8. Radiologi;
9. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
10. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
11. Pelayanan Farmasi;
12. Pelayanan Gizi;
13. Pelayanan Transfusi Darah;
14. Pelayanan Gakin;
15. Pelayanan Rekam Medik;
16. Pengelolaan Limbah;
17. Pelayanan *Laundry*;
18. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
19. Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah;
20. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
21. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
22. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Pelayanan.

E. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Sumatera Tengah.
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN TAHUN
		INDIKATOR	NILAI	
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> anak dan dewasa	100 %	0
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	0
		3. Memberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS BTLS ACLS PPGD	100 %	3
		4. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5 menit	0
		5. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 80 %	2
		6. Kematian Pasien < 24 Jam	100%	1
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	100 %	0
		8. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	0
2.	Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100%	0
		2. Ketersediaan Pelayanan rawat jalan	100%	0
		3. Jam Buka Pelayanan 08.00 WIB s/d 13.00 WIB. Setiap Hari Kerja Kecuali Jum'at 08.00 WIB s.d 11.00 WIB	100 % Kecuali Poli Jiwa mulai 13.00 WIB-16.00WIB	0
		4. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan	≤ 60 menit	1
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	1
		6. Penegakkan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100 %	0
		7. Kesiapan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100 %	0
3.	Rawat Inap	1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	a. Perawat minimal Pendidikan D3 b. Dokter Umum c. Dokter Spesialis	0
		2. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap	100 %	0
		3. Ketersediaan Pelayanan	100	0

		Rawat inap		
		4. Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 WIB s/d 14.00 WIB setiap hari kerja	100 %	1
		5. Kejadian Infeksi Pasca operasi	$\leq 1,5\%$	1
		6. Angka kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq 1,5\%$	2
		7. Tidak adanya kejadian Pasien Jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 %	0
		8. Kematian Pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$	2
		9. Kejadian Pulang Paksa	$\leq 5\%$	4
		10. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$	3
		11. Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%	2
4.	Bedah	1.Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	0
		2.Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1\%$	0
		3.Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	0
		4.Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	0
		5.Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	0
		6.Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	0
		7.Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	$\leq 6\%$	0
5.	Persalinan, Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Preeklampsi $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	1
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	1
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2

		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter sp.A c. Dokter Sp.An	0
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	0
		6. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	≤ 20%	1
		7. Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan tenaga kompeten dr.Sp.Og,dr.Sp.B,dr.Sp.U,dr. Umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih	100 %	3
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	1
6.	Intensif	1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	1
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)	3 2
7.	PONEK	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤1% b. Preeklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤0,2%	1
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter	1

			umum Terlatih (Asuhan c. Persalina n Normal Bidan	
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK Terlatih	2
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG b. Dokter sp. A c. Dokter Sp. An	0
		5. Pertolongan Persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	100 %	2
		6. Kepuasan Pelanggan	80 %	2
8.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 Jam	2
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad	3
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	1
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	1
9.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit (kimia darah dan darah rutin)	2
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. PK	2
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	1
		4. Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu	100 %	1
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1
10.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik	≤ 50%	0
		2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100 %	0
		3. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	1
11.	Farmasi	1. Waktu Tunggu Pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	≤ 60 menit/resep	1
		2. Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100 %	1
		3. Penulisan Resep Sesuai Formularium	100 %	0
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	1
12.	Gizi	1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Ke pada Pasien	≥ 90 %	0
		2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh	≤ 20 %	1

		Pasien		
		3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100 %	1
13.	Transfusi darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	1
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	1
		3. Donasi dari pendonor darah sukarela	≤ 84 %	1
		4. Pemenuhan kebutuhan darah oleh UTD	≥ 85%	1
		5. Kepatuhan kebersihan tangan	90%	1
		6. Kepatuhan penggunaan APD	90%	1
		7. Hasil pemeriksaan golongan darah pendonor yang berbeda dengan uji konfirmasi golongan darah	≤ 2 %	1
		8. Suhu penyimpanan produk darah	100%	1
		9. Kepuasan pasien	76,60 %	1
14.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan	100 %	1
15.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	1
		2. Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	1
		3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit	2
		4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit	2
		5. Waktu pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan	5 menit	1
		6. Waktu pelayanan pendaftaran pasien IGD	5 menit	1
16.	Pengelolaan Limbah	1. Baku Mutu Limbah Cair	a. BOD < 30 b. COD <100 c. TSS< 30 d. PH 6-9	5
		2. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan	100 %	3
17.	Pelayanan Laundry	1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang hilang	90 %	2
		2. Ketepatan Waktu untuk Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap	100 %	2
		3. Ketepatan Waktu untuk Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat inap	100 %	2
18.	Administrasi	1. lanjut penyelesaian hasil	100 %	1

		pelaporan infeksi nosokomial HAI (<i>Health care Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)		
		4. Angka kejadian Infeksi Nosokimial	≤1,5%	2
		5. Ada pengurus komite PPI (SK Direktur RS tentang struktur Org PPI)	100 %	0
		6. Ada Tim PPI yang terlatih	100 %	0

	dan manajemen	pertemuan tingkat manajemen		
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	1
		3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100 %	1
		4. Ketepatan Waktu Pengurusan gaji berkala	100 %	1
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	60 %	1
		6. <i>Cost Recovery</i>	40 %	1
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	1
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam	
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	2
19.	Ambulance/ mobil jenazah	1. Waktu Pelayanan <i>Ambulance</i> / Mobil Jenazah	24 Jam	0
		2. Kecepatan Memberikan Pelayanan <i>Ambulance</i> / Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 menit	1
		3. Waktu Tanggap Pelayanan <i>Ambulance</i> Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan	Sesuai kebutuhan	1
		4. Pemulangan jenazah	≤ 2 jam	1
20.	Pemulasaran jenazah	1. Kemampuan menangani menyelenggarakan jenazah	≤ 2 jam	3
		2. Jam buka pelayanan <i>Ambulance</i> /Mobil Jenazah di Rumah Sakit	24 jam	0
		3. Pemberi Pelayanan yang bersertifikat yang masih berlaku	100 %	3
21.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana	1. Kecepatan Waktu Menancapi Kerusakan Alat	≤ 80 %	5
		2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100 %	5
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	1
22.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Tersedianya Tim PPI	100 %	2
		2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi / departemen	85 %	0
		3. Kegiatan pencatatan dan	100%	2

BAB III
RENCANA PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

Indikator	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di IGD
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> .
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Sumber data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	4 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Laporan bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikasi yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.

Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	:	Tim Penanggulangan Bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	1 tim
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 50)
Sumber data	:	Sample
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei (minimal n = 50)

Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.
Sumber data	:	Register IGD
Standar	:	$\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
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 rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien rawat 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

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

Indikator	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali

Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit minimal 4 spesialis dasar (anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah).
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang ada
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis (buka jam 08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at jam 08.00 - 11.00)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialis yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang di Instalasi Rawat

		Jalan sampai diperiksa oleh dokter di Instalasi Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data		setiap bulan
Periode Analisa		3 (tiga) bulan sekali
Numerator		Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator		Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data		Register rawat jalan
Standar		≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator		Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu		Kenyamanan
Tujuan		Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional		Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisis		3 (tiga) bulan sekali
Numerator		Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Denominator		Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data		Survei
Standar		≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu		Efektivitas dan keselamatan
Tujuan		Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional		Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisa		3 (tiga) bulan sekali
Numerator		Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator		Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data		Rekam medik
Standar		≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu		Efektivitas

Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

Indikator	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	6 (enam) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	ruang rawat inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	Register rawat inap

Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data	jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator		Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis dasar (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)
Dimensi mutu		Akses
Tujuan		Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional		Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisis		3 (tiga) bulan sekali
Numerator		Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator		Tidak ada
Sumber data		Register rawat inap
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data	jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator		Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu		Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan		Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional		Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data		setiap bulan
Periode analisis		3 (tiga) bulan sekali
Numerator		Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator		Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data		Survei
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data	jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu		Keselamatan pasien
Tujuan		Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional		Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian.

Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisa	setiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut.
Sumber data	Rekam medis, laporan kepala ruangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan kenyamanan
Tujuan	tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisa	setiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka operasi dalam periode satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam periode satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Indikator	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial lainnya di rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Laporan tim PPI
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instansi rawat inap
Indikator	Kematian pasien > 48 jam

Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisis	setiap bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq 24\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap.
Indikator	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
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
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui

		pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional		Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisa		3 (tiga) bulan sekali
Numerator		Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator		Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data		Rekam medik
Standar		≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu		Efektivitas
Tujuan		Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional		Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisa		3 (tiga) bulan sekali
Numerator		Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator		Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data		Rekam medik
Standar		≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. PELAYANAN BEDAH

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
Definisi Operasional	:	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral
Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Setiap bulan
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, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral
Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan

Periode analisa	:	Setiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral
Indikator	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
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	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Setiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral
Indikator	:	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
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	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Setiap bulan
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 waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral
Indikator	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Definisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Setiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 6 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

Indikator	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dan tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg ; - Protein uria > 5 g/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif ; dan/atau - Oedem tungkai . <p>Eklamsia adalah tanda pre-eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>

		Partus lama adalah fase laten persalinan (primi para > 8 jam, multipara > 6 jam)
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan endarahan, pre-eklampsia/eklampsia, dan sepsis
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, dan sepsis
Sumber data	:	Rekam medis rumah sakit
Standar	:	Pendarahan \leq 1%, Pre-eklampsi/eklampsia \leq 30 %, Sepsis \leq 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	
Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter anestesi.
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Kepegawaian

Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 - 2500 gram.
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g - 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g - 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g - 2500 g yang ditangani
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	:	<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten.
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber data	:	Rekam Medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	:	100%

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	:	Laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
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	:	Kepala Instalasi Persalinan

6. PELAYANAN INTENSIF

Indikator	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	:	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan.

Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	$\leq 3 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif
Indikator	:	Pemberi pelayanan di unit intensif
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif

7. PELAYANAN PONEK

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

		Partus lama adalah fase laten persalinan (primi para > 8 jam, multipara > 6 jam)
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/eclampsia, dan sepsis
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan de pendarahan, pre-eklampsia/eclampsia, dan sepsis
Sumber data	:	Rekam medis rumah sakit
Standar	:	Pendarahan \leq 1%, Pre-eklampsi/eclampsia \leq 30 %, Sepsis \leq 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter anestesi.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Kepegawaian

Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 - 2500 gram.
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g - 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g - 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g - 2500 g yang ditangani
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	:	<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten.
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber data	:	Rekam Medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	:	100%

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	:	Laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan
Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan sekali
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	:	Kepala Instalasi Persalinan

8. PELAYANAN RADIOLOGI

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i>
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i> adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i> dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto <i>thorax</i> dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis

Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi
Indikator	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
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 dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode Analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi
Indikator	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	≤ 2%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi
Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan

data		
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

9. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 140 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium dan Bank Darah
Indikator	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali

Numerator	:	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium dan Bank Darah
Indikator	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratirium
Definisi Operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium dan Bank Darah
Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
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 pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium dan Bank Darah

10. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

Indikator	:	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi medik sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> selama 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik selama 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik 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.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik selama 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

11. PELAYANAN FARMASI

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi
Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤60 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

pengumpul data		
Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat ; 2. salah dalam memberikan dosis ; 3. salah orang; dan/atau 4. salah jumlah .
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi
Indikator	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi
Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
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 pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

12. PELAYANAN GIZI

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi
Indikator	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi
Indikator	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah

		kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi gizi

13. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

Indikator	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi (Melalui PMI)
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	:	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium dan Bank Darah
Indikator	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen resiko pada bank darah
Definisi Operasional	:	Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 0,01$ %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium dan Bank Darah

14. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	Pasien Gakin adalah pasien miskin pemegang kartu BPJS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	:	Register pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi pelayanan Medis dan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan

15. PELAYANAN REKAM MEDIK

Indikator	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang di isi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang di survei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Intalasi Rekam Medik
Indikator	:	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan

		mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	<i>Informed concern</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik
Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	:	survei
Standar	:	≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik
Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 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	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif sampel waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	:	survei
Standar	:	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

16. PENGOLAHAN LIMBAH

Indikator	:	Baku mutu air limbah
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	:	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>): 30 mg/ltr COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>): 80 mg/ltr TSS (<i>Total Suspended Solid</i>): 30 mg/ltr pH: 6-9
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>): 30 mg/ltr COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>): 80 mg/ltr TSS (<i>Total Suspended Solid</i>): 30 mg/ltr pH: 6-9
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan
Indikator	:	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. sisa jarum suntik ; 2. sisa ampul; 3. kasa bekas; dan / atau 4. sisa jaringan; Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan

17. PELAYANAN LAUNDRY

Indikator	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari jumlah sampling dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>
Indikator	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

18. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

Indikator	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Kepala Seksi Sub Bagian Umum
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha
Indikator	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan sekali
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
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	:	Kepala Seksi Sub Bagian Umum

Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha
Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	:	6 Bulan sekali
Periode analisa	:	6 Bulan sekali
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
Indikator	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 44/1999)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha
Indikator	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan

		kompetensi karyawan yang dilakukan di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perkaryawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha
Indikator	:	<i>Cost recovery</i>
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
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	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub Bidang Akuntansi
Standar	:	≥ 40 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Keuangan
Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Sub Bidang Akuntansi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Tata Usaha dan Keuangan

Indikator	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran 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 analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
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 Sub Bagian tata Usaha dan Keuangan
Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6 bulan
Sumber data	:	Sub Bidang Anggaran
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Tata usaha dan Keuangan

19. PELAYANAN *AMBULANCE*/MOBIL JENAZAH

Indikator	:	Waktu pelayanan <i>Ambulance</i> 24 jam
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan <i>Ambulance</i> /kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan <i>Ambulance</i> /kereta jenazah adalah penyediaan <i>Ambulance</i> /kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga

		pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) Tiga bulan sekali
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan <i>Ambulance</i> dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Catatan penggunaan <i>Ambulance</i>
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rujukan dan <i>Ambulance</i>
Indikator	:	Kecepatan memberikan pelayanan <i>Ambulance</i> di rumah sakit \leq 30 menit
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>Ambulance</i>
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan <i>Ambulance</i> adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan <i>Ambulance</i> diajukan oleh pasien /keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya <i>Ambulance</i> . Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah penyediaan <i>Ambulance</i> yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan <i>Ambulance</i> dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan <i>Ambulance</i>
Standar	:	\leq 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rujukan dan <i>Ambulance</i>
Indikator	:	<i>Response time</i> pelayanan <i>Ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan <i>Ambulance</i>
Definisi Operasional	:	<i>Response time</i> pelayanan <i>Ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan adalah waktu tempuh/kecepatan <i>Ambulance</i> untuk memberikan layanan dari mulai awal masyarakat menghubungi/ memesan <i>Ambulance</i> ke rumah sakit hingga <i>Ambulance</i> tersebut sampai ke tempat tujuan (yang memesan <i>Ambulance</i>)
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3(tiga) bulan sekali
Numerator	:	Waktu yang dibutuhkan dari masyarakat yang menghubungi rumah sakit sampai ke penanggung jawab <i>Ambulance</i>
Denominator	:	Waktu yang dibutuhkan oleh pihak <i>Ambulance</i> dari masyarakat yang memesan <i>Ambulance</i> hingga <i>Ambulance</i> tersebut sampai ke tempat masyarakat yang memesan.

Sumber data	:	Catatan penggunaan <i>Ambulance</i>
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rujukan dan <i>Ambulance</i>

20. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Hail Pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

21. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

Indikator	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
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 IPSRS

Indikator	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
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 IPSRS
Indikator	:	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam Satu tahun
Sumber data	:	Buku register kalibrasi alat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala IPSRS

22. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Indikator	:	Anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI RS
Definisi operasional	:	Anggota Tim PPI yang terlatih adalah anggota Tim RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan

BAB IV PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/ kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan standar pelayanan minimal oleh masing-masing daerah, sesuai dengan kondisi/ perkembangan kapasitas daerah. Mengingat standar pelayanan minimal sebagai hak konstitusional, oleh karena itu standar pelayanan minimal menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran. Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit diharapkan dapat membantu penerapan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru.

Demikianlah Standar Pelayanan Minimal ini disusun sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas pada Rumah Sakit Umum Daerah Kamang Baru bagi pengelola serta unsur terkait dalam perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan tiap unsur pelayanan.

BUPATI SIJUNJUNG,

ttd

BENNY DWIFA YUSWIR

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM, 1



MUKHAMIS BASYIR