

LAMPIRAN I: PERATURAN WALIKOTA BITUNG
 NOMOR : 49 TAHUN 2013
 TANGGAL : 22 NOVEMBER 2013
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN
 MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH KOTA
 BITUNG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD

| NO | JENIS PELAYANAN | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|----|-----------------|--|--|------------------------|
| | | INDIKATOR | STANDAR | |
| 1 | Gawat Darurat | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 5 tahun |
| | | Jam buka Pelayanan gawat darurat | 24 jam | - |
| | | Pemberian pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD | 100% | 5 tahun |
| | | Ketersediaan tim penanggulangan bencana | satu tim | - |
| | | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang | 2 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 70% | 2 tahun |
| | | Kematian pasien ≤ 24 jam | ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) | 5 tahun |
| | | Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | - |
| 2 | Rawat Jalan | Dokter pemberi pelayanan poliklinik Spesialis | 100% Dokter Spesialis | - |
| | | Ketersediaan pelayanan | a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah | - - - - |
| | | Jam buka pelayanan | 08.00 s/d 13.00 kecuali jumat : 08.00 - 11.00 | 2 tahun |
| | | Waktu tunggu di rawat jalan | ≤ 60 menit | 3 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 90% | 2 tahun |
| | | a. Penegakkan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | a. ≥ 60% | - |
| | | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | b. ≥ 60% | - |
| 3 | Rawat Inap | Pemberian pelayanan di rawat inap | a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 | - 4 tahun |
| | | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100% | - |
| | | Ketersediaan pelayanan rawat inap | a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah | - - - - |
| | | Jam visite dokter spesialis | 08.00 s/d 14.00 | 1 tahun |
| | | Kejadian infeksi pasca operasi | ≤ 1,5% | - |
| | | Kejadian infeksi nosokomial | ≤ 1,5% | - |

| NO | JENIS PELAYANAN | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|----|--|--|--|------------------------|
| | | INDIKATOR | STANDAR | |
| | | Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecatatan/kematian | 100% | - |
| | | Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0,24% | 3 tahun |
| | | Kejadian pulang paksa | ≤ 5% | - |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 90% | 3 tahun |
| | | Rawat inap TB a. Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit | a. ≥ 60% b. ≥ 60% | - - |
| 4 | Bedah Sentral | Waktu tunggu operasi elektif | ≤ 2 hari | 1 tahun |
| | | Kejadian kematian di meja operasi | ≤ 1% | - |
| | | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | - |
| | | Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100% | - |
| | | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | - |
| | | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | - |
| | | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube | ≤ 6% | - |
| 5 | Persalinan, Perinatologi dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan | a. Pendarahan ≤ 1% b. Preeklamsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2% | - |
| | | Pemberi pelayanan persalinan normal | a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) c. Bidan | |
| | | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim PONEK yang terlatih | - |
| | | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An | - |
| | | Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500gr | 100% | 2 tahun |
| | | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria | ≤ 20% | 2 tahun |
| | | Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG., dr. Sp. B., Sp. U., dr. umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih | 100% 100% | - |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 2 tahun |

| NO | JENIS PELAYANAN | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|----|------------------------------|---|--|------------------------|
| | | INDIKATOR | STANDAR | |
| 6 | Intensif | Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3% | - |
| | | 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) | 5 tahun 5 tahun |
| 7 | Radiologi | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 jam | - |
| | | Pelaksana ekspertasi | Dokter Sp. Radiologi | 5 tahun |
| | | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen | kerusakan foto ≤ 2% | 2 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 2 tahun |
| 8 | Laboratorium Patologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium | ≤ 140 menit kimia darah & darah rutin | 3 tahun |
| | | Pelaksana ekspertasi | Dokter Sp. PK | 5 tahun |
| | | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 1 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 2 tahun |
| 9 | Rehabilitasi Medik | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | ≤ 50% | 2 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100% | 1 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 2 tahun |
| 10 | Farmasi | Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan | a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit | 1 tahun 1 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 1 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 3 tahun |
| | | Penulisan resep sesuai formularium | 100% | 3 tahun |
| 11 | Gizi | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | ≥ 90% | 2 tahun |
| | | Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien | ≤ 20% | 1 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100% | 1 tahun |
| 12 | Transfusi Darah | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse | 100% terpenuhi | 3 tahun |
| | | Kejadian reaksi transfusi | ≤ 0,01% | 2 tahun |
| 13 | Pelayanan Gakin | Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% terlayani | 2 tahun |
| 14 | Rekam Medik | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 5 tahun |
| | | Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100% | 1 tahun |
| | | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan jalan jalan | ≤ 10 menit | 1 tahun |
| | | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | ≤ 15 menit | 1 tahun |

| NO | JENIS PELAYANAN | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|----|---|--|--|------------------------|
| | | INDIKATOR | STANDAR | |
| 15 | Pengelolaan Limbah | Baku mutu limbah cair | a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/l c. TSS < 30mg/l d. PH 6-9 | - |
| | | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | 100% | - |
| 16 | Administrasi dan Manajemen | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 2 tahun |
| | | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100% | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 1 tahun |
| | | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 1 tahun |
| | | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | ≥ 60% | 5 tahun |
| | | Cost covery | ≥ 40% | 4 tahun |
| | | ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100% | 2 tahun |
| 17 | Ambulance/ Kereta Jenazah | Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah | 24 jam | 1 tahun |
| | | Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/kereta jenazah | ≤ 30 menit | 2 tahun |
| | | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | * sesuai ketentuan daerah | 3 tahun |
| 18 | Pemulasaran Jenazah | Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaran jenazah | ≤ 2 jam | 1 tahun |
| 19 | Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | Kecepatan waktu tanggapi kerusakan alat | ≤ 80% | 5 tahun |
| | | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100% | 5 tahun |
| | | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuana waktu sesuai dengan ketentuan yang kalibrasi | 100% | 5 tahun |
| 20 | Pelayanan Laundry | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100% | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100% | 2 tahun |
| 21 | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi | Ada anggota tim PPI yang terlatih | 75% | 5 tahun |
| | | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen | 60% | 4 tahun |
| | | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia/HAI (<i>Health care assosiated infection</i>) di RS (min 1 parameter) | 75% | 2 tahun |

WALIKOTA BITUNG,

ttd

HANNY SONDAKH

LAMPIRAN II: PERATURAN WALIKOTA BITUNG

NOMOR : 49 TAHUN 2013

TANGGAL : 22 NOVEMBER 2013

TENTANG : STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KOTA
BITUNG

MEKANISME PERHITUNGAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD

1. GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Live Saving* Anak dan Dewasa

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kemampuan menangani <i>Live Saving</i> di gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat |
| Definisi Operasional | Live Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breathing, Circulation dan Drugs |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan live saving di gawat darurat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan live saving di Instalasi gawat darurat |
| Sumber Data | Rekam medik di gawat darurat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Jam buka pelayanan gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam |
| Definisi Operasional | Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | 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 dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Yang Masih Berlaku ATLS / BTLIS / ACLS / PPGD

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS / BTLIS / ACLS / PPGD |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan |
| Definisi Operasional | Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS / BTLIS / ACLS / PPGD |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah tenaga yang bersertifikat pelatihan ATLS / BTLS / ACLS / PPGD |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Diklat |

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan tim penanggulangan bencana |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana |
| Definisi Operasional | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | Satu tim |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua Tim Penanggulangan Bencana |

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | 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 dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

6. Kepuasan Pelanggan

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan pada gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di survey (minimal n = 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 70% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Tim Pelayanan Publik |

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | 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 pasien ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien masuk di IGD |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiga bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien masuk di IGD |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat |
| Sumber Data | Rekam medik gawat darurat |
| Standar | ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

8. Tidak Ada Pasien Yang Diharuskan Membayar Uang Muka

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya keharusan untuk pasien membayar uang muka |
| Dimensi Mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan yang mudah di akses tanpa dipengaruhi persyaratan uang muka |
| Definisi Operasional | Uang muka adalah uang yang diserahkan pasien kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiga bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. RAWAT JALAN

1. Dokter Pemberi Pelayanan Poliklinik Spesialis

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya poliklinik spesialis yang dilayani oleh tenaga yang |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | berkompeten |
| Definisi Operasional | Poliklinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang di layani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register rawat jalan poliklinik spesialis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

2. Ketersediaan Pelayanan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan pelayanan rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal yang harus ada di rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (Kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat jalan |
| Standar | Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, mata dan jantung |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat jalan |

3. Jam Buka Pelayanan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Buka pelayanan sesuai ketentuan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari pelayanan jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register rawat jalan |
| Standar | 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja kecuali jumta 08.00 s/d 11.00 |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat jalan |

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Waktu tunggu di rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftarkan sampai dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei |
| Sumber Data | Survey pasien rawat jalan |
| Standar | 30 menit |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat jalan / Komite mutu / tim mutu |

5. Kepuasan Pelanggan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan pada rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat jalan / tim mutu / panitia mutu |

6a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, keselamatan |
| Tujuan | Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan |
| Definisi Operasional | Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan |
| Frekuensi Pengumpul Data | 3 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan |
| Denominator | Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 60% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat jalan |

6b. Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pencatatan Dan Pelaporan Semua Pasien TB Yang Berobat Rawat Jalan ke Rumah Sakit |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan |
| Denominator | Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat jalan |

3. RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Pemberi Pelayanan di 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 Pengumpul Data | 6 bulan |
| Periode Analisis | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi Pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | a. Dokter Spesialis b. Dokter Umum c. Perawat minimal pendidikan D3 |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

2. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

| | |
|--------------------------|--|
| Judul | Dokter Penanggungjawab 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| | |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap |
| Dimensi Mutu | Askes |
| 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 Pengumpul Data | 3 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat inap |
| Standar | Minimal kesehatan anak, Penyakit dalam, Kebidanan, dan Bedah |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

4. Jam Visite Dokter Spesialis

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Jam Visite Dokter Spesialis |
| Dimensi Mutu | Askes kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberi pelayanan |
| Definisi Operasional | Visite Dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiga bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah Visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | Jam 08.00 s/d 14.00 |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Rawat Inap / komite medic / panitia mutu |

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Kejadian Infeksi Pasca Operasi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar |
| Definisi Operasional | Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan dirumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluar nanah(pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan |
| Periode Analisis | Tiap bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi selama satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 1,5% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Komite Medik / Komite mutu / tim mutu |

6. Kejadian Infeksi Nosokomial

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Angka kejadian infeksi nosokomial |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial rumah |
| Definisi Operasional | Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat dirumah sakit yang meliputi decubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosocomial dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber Data | Survey, laporan infeksi nosocomial |
| Standar | 10% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat inap/ komite / panitia mutu |

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

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi berakibat kecacatan atau kematian |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan |
| Periode Analisis | Tiap bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut di kurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian |
| Denominator | Jumlah pasien yang dirawat |
| Sumber Data | Rekam Medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat inap |

8. Kematian Pasien > 48 jam

| | |
|--------------|---|
| Judul | Kematian Pasien > 48 jam |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 0,24% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua Komite mutu / Tim mutu |

9. Kejadian Pulang Paksa

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Kejadian Pulang Paksa |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | 10% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua Komite mutu / Tim mutu |

10. Kepuasan Pelanggan

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian dari pasien yang disurvei (dalam persen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua Komite mutu / Tim mutu |

11a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, Keselamatan |
| Tujuan | Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Definisi Operasional | Penegakkan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | Mikroskopis pada pasien rawat inap |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan |
| Denominator | Jumlah penegakkan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan rumah sakit dalam waktu tiga bulan |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 20% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua Instalasi Rawat Inap |

11b.Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tersediannya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan |
| Denominator | Seluruh kasus TB rawat inap di Rumah Sakit |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua Instalasi Rawat Inap |

4. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi efektif

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu operasi efektif |
| Dimensi Mutu | Efektif, kesinambungan pelayanan, Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu operasi efektif adalah tanggung waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di operasi dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 2 hari |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Bedah Sentral |

2.Kejadian kematian di meja operasi

| | |
|--------------|---|
| Judul | Kejadian kematian di meja operasi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | dan kepedulian terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kematian dimeja operasi adalah yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan dan sentinel event |
| Periode Analisis | Tiap bulan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 0% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Bedah Sentral/komite medis |

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi adalah salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakuakn operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Bedah Sentral / komite medis |

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian operasi salah orang |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien operasi pada orang yang salah |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Bedah Sentral/komite medis |

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan |
| Definisi Operasional | Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien yang mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang telah direncanakan |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di operasi dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Bedah Sentral / komite medis |

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya 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 Pengumpul Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien akibat operasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Bedah Sentral/komite medis |

7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *Endotracheal tube*

| | |
|--------------------------|---|
| Judul | 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 berlangsung |
| Definisi Operasional | Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | 0% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi Bedah Sentral / komite medis |

5. PERSALINAN PERINATOLOGI DAN KB

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kejadian kematian ibu karena persalinan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan |
| Definisi Operasional | <p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trisemeter kedua, pre-eklamsia dan eklamsia ada kumpulan dari dua dari tiga ganda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg • Protein utia > 5 gr/24 jam 3+/4 pada pemeriksaan kualitatif • Odem tungkai <p>Eklamsia adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan penaaborsim, persalinan dan nifas yang tidak ditanda tangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p> |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan. Pre eklamsia/eklamsia, sepsis (masing-masing penyebab) |
| Denominator | Jumlah pasien-pasienpersalinan dengan pendarahan, Pre-eklamsia/ekslamsia dan sepsis |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | Pendarahan ≤ 1%pre-eklamsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Komite Medik |

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

| | |
|--------------------------|--|
| Judul | Pemberi Pelayanan Persalinan Normal |
| Dimensi Mutu | Kompetensi tehnis |
| 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal |
| Sumber Data | Kepagawaian |
| Standar | a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan persalinan Normal) c. Bidan |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Komite Medik |

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan dengan penyulitan oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang tersiri dari dokter Sp. OG dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih Penyulitan dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin di perkiraan kurang dari 2500gr, kelaian panggul, Pendarahan antepartum eklampsia dan preklampsia berat, tali pusat menubung |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis dan dokter umum |
| Denominator | Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit |
| Sumber Data | Kepagawaian dan Rekam Medis |
| Standar | Tim PONEK yang terlatih |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Instalasi rawat inap |

4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

| | |
|--------------------------|---|
| Judul | Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter Sp. Anak, dokter Sp. Anestesi |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter Spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi |
| Sumber Data | Kepagawaian |
| Standar | a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An / Penata An |
| Penanggung Jawab dan | Komite Mutu |

| | |
|----------------|--|
| Pengumpul Data | |
|----------------|--|

5. Kemampuan menganani BBLR 1500 – 2500 g

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Kemampuan menganani BBLR 1500 gr – 2500 gr |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menganani BBLR |
| Definisi Operasional | BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani |
| Denominator | Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 80% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Komite medic / komite mutu |

6. Pertolongan persalinan dengan seksio cesar

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Pertolongan pertama melalui seksio cesaria |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, keselamatan dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya pertolongan persekinan dirumah sakit yang sesuai dengan indeksi dan efisien |
| Definisi Operasional | Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui penbedahan abdominal baik efektif maupun emergensi |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah persalinan dengan jumlah seksio cesaria dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 20 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Komite mutu |

7. Keluarga Berencana

- a. Presentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. umum terlatih

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Keluarga berencana mantap |
| Dimensi Mutu | Mutu dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap |
| 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jenis pelayanan KB mantap |
| Denominator | Jumlah peserta KB |
| Sumber Data | Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Wakil direktur pelayanan |

b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Konseling KB mantap |
| Dimensi Mutu | Mutu dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap |
| Definisi Operasional | Proses konsultasi antara pasien dan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah konseling pelayanan KB mantap |
| Denominator | Jumlah peserta KB mantap |
| Sumber Data | Laporan unit layanan KB |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Wakil direktur pelayanan |

6. INTENSIF

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam |
| Dimensi Mutu | Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif |
| Definisi Operasional | Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruangan inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama 72 jam dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat diruang intensif dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 3 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Komite Medik |

2. Pemberi pelayanan unit intensif

| | |
|--------------------------|---|
| Judul | Pemberi pelayanan unit intensif |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberian pelayanan intensif dokter Sp. A dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter Sp. A dan dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/setara yang melayani perawatan intensif |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | a. Dokter spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4) |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instansi perawatan instensif |

7. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah siap dibaca |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 1 jam |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi radiologi |

2. Pelaksanaan Ekspertisi

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi Operasional | Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah foto rontgen yang dibaca dan divertifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register di instalasi radiologi |
| Standar | Dokter Sp.Rad |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi radiologi |

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

| | |
|--------------|--------------------------------------|
| Judul | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan efisiensi |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efensiensi pelayanan rontgent |
| Definisi Operasional | Kegagalan pelayanan rontgent adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah foto yang rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgent dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register di instalasi radiologi |
| Standar | ≤ 2 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi radiologi |

4. Kepuasan Pelanggan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua komite mutu/tim mutu |

8. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayananan Laboratorium |
| Definisi Operasional | Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah waktu tunggu darah waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang diperiksa laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≤ 140 menit (manual) |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi laboratorium |

2. Pelaksana Ekspertasi

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Pelaksana ekspertasi 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 ekspertasi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium, bukti dilakukan ekspertasi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hasil lab yang difertifikasi 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 dan Pengumpul Data | Kepala instalasi laboratorium patologi klinik |

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium |
| Definisi Operasional | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi laboratorium patologi klinik |

4. Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50) |
| Sumber Data | survey |
| Standar | ≥ 80% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi laboratorium patologi klinik |

9. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai direncanakan |
| Definisi Operasional | Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien yang tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 50 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rehabilitasi medik |

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik |
| Definisi Operasional | Kesalahan tindakan rehabilitasi medik 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rehabilitasi medik |

3. Kepuasan pelanggan

| | |
|--------------|--------------------|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medic |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi midik |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 80% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rehabilitasi medic |

10. FARMASI

1a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu pelayanan obat jadi |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Terbambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan tersebut |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≤ 15 menit |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi farmasi |

1b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Waktu tunggu pelayanan obat racikan |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, 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 racikan |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan tersebut |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≤ 30 menit |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi farmasi |

2. Tidak adanya kesalahan pemberian obat

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian obat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat |
| Definisi Operasional | Kesalahan pemberian obat meliputi : a. Salah dalam memberikan jenis obat b. Salah dalam memberikan dosis c. Salah orang d. Salah jumlah |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang survey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat |
| Denominator | Jumlah pasien instalasi farmasi yang disurvei |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi farmasi |

3. Kepuasan pelanggan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 80% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi farmasi |

4. Penulisan resep sesuai formularium

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Penulisan resep sesuai formularium |
| Dimensi Mutu | Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien |
| Definisi Operasional | Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit terhadap pelayanan farmasi |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 90% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi farmasi |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5. Penulisan resep obat generik

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Penulisan resep obat generik |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, kerasionalan peresepan |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi dan kerasionalan pemberian resep obat kepada pasien |
| Definisi Operasional | Obat generik adalah resep obat dengan nama kimia obat |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah resep dengan penulisan generik dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh resep obat dalam bulan yang disurvei (minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 75% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi farmasi |

11. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, akses, kenyamanan |
| Tujuan | Terbambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi |
| Definisi Operasional | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah dilakukan |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dirawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi gizi / kepala instalasi rawat inap |

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

| | |
|--------------------------|--|
| Judul | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisien |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi Operasional | Sisa makanan dalam porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit) |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 10% |
| Penanggung Jawab dan | Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap |

| | |
|----------------|--|
| Pengumpul Data | |
|----------------|--|

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian kesalahan 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap |

4. Jumlah permintaan makan yang dilayani

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Jumlah permintaan makan yang dilayani |
| Dimensi Mutu | Ketepatan pemberian |
| Tujuan | Agar permintaan makan pasien terlayani |
| Definisi Operasional | Jumlah permintaan makan pasien ke instalasi gizi yang dapat dilayani pada periode tertentu |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah permintaan makan pasien yang terlayani pada periode waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan yang masuk pada periode waktu tertentu |
| Sumber Data | Registrasi permintaan makan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi gizi |

5. Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang dilayani

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang dilayani |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Agar konsultasi gizi rawat jalan dapat terlayani |
| Definisi Operasional | Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberian konsultasi gizi dirawat jalan yang dilayani pada periode waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat jalan pada periode waktu tertentu |
| Sumber Data | Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat jalan |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi gizi |

6. Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang dilayani

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Agar konsultasi gizi rawat inap dapat terlayani |
| Definisi Operasional | Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani adalah jumlah pasien rawat inap yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberian konsultasi gizi dirawat inap yang dilayani pada periode waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu |
| Sumber Data | Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat inap |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi gizi |

12. TRANFUSI DARAH

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Agar pasien mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhannya |
| Definisi Operasional | Kemampuan Bank darah rumah sakit dalam memenuhi permintaan kebutuhan darah |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat terpenuhi dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah |

2. Kejadian reaksi transfusi

| | |
|--------------------------|--|
| Judul | Kejadian reaksi transfusi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya manajemen resiko pada pelayanan Bank Darah RS |
| Definisi Operasional | Reaksi transfuse adalah kejadian yang tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfuse darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kejadian reaksi transfuse dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfuse dalam satu bulan |

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| | |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 0% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala UTD |

13. PELAYANAN GAKIN

Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang ada pada setiap unit pelayanan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang ada pada setiap unit pelayanan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat Gakin |
| Definisi Operasional | Pasien keluarga miskin(GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Direktur Rumah Sakit |

14. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan di rawat jalan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan di rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medic |
| Definisi Operasional | Rekam medic yang lengkap adalah rekam medic yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan maupun setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaa asuhan, tindakan lanjut, dan resume |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medic yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap dalam waktu 24 jam dirawat jalan |
| Denominator | Jumlah rekam medic yang disurvei dalam 1 bulan dirawat jalan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rekam medic/kabid pelayanan medic |

2. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan di rawat inap

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan di rawat inap |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan rekam medik |
| Definisi Operasional | Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan maupun setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindakan lanjut, dan resume |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap dalam waktu 24 jam dirawat inap |
| Denominator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan dirawat inap |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rekam medik |

3. Kelengkapan informasi consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan informasi consent 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 medic yang dilakukan |
| Definisi Operasional | <i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medic yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medic dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvei dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rekam medic |

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan |
| Definisi Operasional | Dokumen rekam medic rawat jalan adalah dokumen rekam |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati |
| Denominator | Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100) |
| Sumber Data | Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ di ruang rekam medis untuk pasien lama |
| Standar | Rerata ≤ 10 menit |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rekam medis |

5. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap |
| Definisi Operasional | Dokumen rekam medic rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medic rawat inap tersedia dibangsal pasien |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap diamati |
| Denominator | Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati |
| Sumber Data | Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat inap |
| Standar | Rerata ≤ 15 menit |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi rekam medis |

15. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Buku mutu limbah

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Buku mutu limbah |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit |
| Definisi Operasional | Buku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indicator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter PH : 6-9 |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpul Data | 3 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair |
| Sumber Data | Hasil pemeriksaan |
| Standar | BOD < 30 mg/L COD < 80 mg/L TSS < 30 mg/L PH : 6-9 |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala IPRS dan House Keeping |

2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai prosedur

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit |
| Definisi Operasional | Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan /atau dapat mencedarai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa sampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati |
| Denominator | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| Sumber Data | Hasil pengamatan |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala IPRS/Kepala K3 RS |

16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan pimpinan

| | |
|--------------------------|--|
| Judul | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit |
| Definisi Operasional | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan |
| Denominator | Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan |
| Sumber Data | Notulen rapat |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Direktur Rumah Sakit |

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |
| Definisi Operasional | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang membuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 tahun |
| Periode Analisis | 1 tahun |
| Numerator | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun |
| Sumber Data | Bagian perencanaan |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Direktur |

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai |
| Definisi Operasional | Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 tahun |
| Periode Analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Sumber Data | Sub Bagian Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Bagian Tata Usaha |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai |
| Definisi Operasional | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999) |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 tahun |
| Periode Analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang harus memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun |
| Sumber Data | Sub Bagian Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Bagian Tata Usaha |

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun |
| Dimensi Mutu | Kompetensi tehnis |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia |
| Definisi Operasional | Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 tahun |
| Periode Analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh karyawan rumah sakit |
| Sumber Data | Sub Bagian Kepegawaian |
| Standar | ≥ 30% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Bagian Tata Usaha |

6. Cost Recovery

| | |
|--------------------------|---|
| Judul | Cost Recovery |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit |
| Definisi Operasional | Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan |
| Sumber Data | Sub Bagian Kepegawaian |

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Standar | ≥ 30% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Bagian Tata Usaha |

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit |
| Definisi Operasional | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya |
| Frekuensi Pengumpul Data | 3 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan |
| Denominator | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan |
| Sumber Data | Sub Bagian Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala Bagian Tata Usaha |

8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap |
| Definisi Operasional | Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Rawat Inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh/berkeinginan pulang sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap bulan |
| Periode Analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber Data | Hasil pengamatan |
| Standar | ≤ 1 jam |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Bagian Keuangan |

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatan waktu

| | |
|--------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatan waktu |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| 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 Pengumpul Data | Tiap enam bulan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Analisis | Tiap enam bulan |
| Numerator | Jumlah bulan dengan pemberian insentif |
| Denominator | 6 |
| Sumber Data | Catatan di bagian keuangan |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Bagian Keuangan |

17. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan ambulance / kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien / keluarga pasien yang membutuhkan |
| Definisi Operasional | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance / kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien / keluarga pasien |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah |

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/ kereta jenazah |
| Definisi Operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien / keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance / kereta jenazah. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance / kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan pengguna ambulance / jenazah |
| Standar | ≤ 30 menit |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Penanggung jawab ambulance |

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (dalam kota)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (dalam kota) |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / kereta jenazah |
| Definisi Operasional | Response time pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan adalah waktu yang dibutuhkan dalam menjemput pasien di tempat (dalam kota) sejak diminta sampai ambulance siap ditempat |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penjemputan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kurang dari 30 menit |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan penjemputan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan penggunaan ambulance / jenazah |
| Standar | ≤ 30 menit |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Penanggung jawab ambulance |

18. PEMULASARAN JENAZAH

Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah |
| Definisi Operasional | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Total pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber Data | Hasil pengamatan |
| Standar | ≤ 2 jam |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi pemulasaran jenazah |

19. PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, efisiensi. Kesiambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan |
| Definisi Operasional | Melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut 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 Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala IPRS |

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pemeliharaan alat |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, efisiensi. Kesiambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi Operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh alat yang seluruhnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register pemeliharaan alat |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala IPRS |

3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi sesuai dengan ketentuan kalibrasi

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium |
| Definisi Operasional | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan(BPPK) |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 tahun |
| Periode Analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun |
| Denominator | Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun |
| Sumber Data | Buku registrasi |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi laboratorium |

20. PELAYANAN *LOUNDRY*

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian linen yang hilang |
| Dimensi Mutu | Efisiensi dan efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>loundry</i> |
| Definisi Operasional | Tidak ada |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi <i>lonudry</i> |

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

| | |
|-------------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap |
| Dimensi Mutu | Efisiensi dan efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>loundry</i> |
| Definisi Operasional | Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan |
| Frekuensi Pengumpul Data | 1 bulan |
| Periode Analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Kepala instalasi <i>laundry</i> |

21. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya anggota tim PPI yang berkompoten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI |
| Definisi Operasional | Adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI |
| Frekuensi Pengumpul Data | Tiap 3 bulan |
| Periode Analisis | Tiap 1 tahun |
| Numerator | Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih |
| Denominator | Jumlah anggota tim PPI |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 75% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Ketua komite PPI RSUD Bitung |

2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan APD |
| Dimensi Mutu | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan penunjang |
| Tujuan | Tersedianya APD di setiap instalasi RS |
| Definisi Operasional | Alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap hari |
| Periode Analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang menyediakan APD |
| Denominator | Jumlah instalasi di RS |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 60% |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Tim PPI RSUD Bitung |

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/HAI di RSUD Bitung

| | |
|-------------------------------------|---|
| Judul | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RSUD Bitung |
| Dimensi Mutu | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial |
| Definisi Operasional | Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial melalui pengumpulan data pada instalasi untuk parameter ILO, ILI, VAP atau ISK |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap hari |
| Periode Analisis | Satu bulan sekali |
| Numerator | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan |
| Denominator | Jumlah instalasi yang tersedia |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 75 % |
| Penanggung Jawab dan Pengumpul Data | Tim PPI RSUD Bitung |

- Keterangan :
- ILO = Infeksi Luka Operasi
 - ILI = Infeksi Luka Infus
 - VAP = Ventilator Associated Pneumonic
 - ISK = Infeksi Saluran Kemih

WALIKOTA BITUNG,

ttd

HANNY SONDAKH

