



## **BUPATI KEPULAUAN SANGIHE**

### **PERATURAN BUPATI KEPULAUAN SANGIHE**

**NOMOR 26 TAHUN 2013**

**TENTANG**

### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM LIUN KENDAGE TAHUNA**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI KEPULAUAN SANGIHE,**

- Menimbang** :
- a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan Pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
  - b. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal Rumah Sakit yang berlaku pada Rumah Sakit Umum Liun Kendage Tahuna;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b, perlu menetapkan dengan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Liun Kendage Tahuna.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara RI Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 1822) sebagaimana yang telah diperbaharui dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Kepulauan Talaud di Propinsi Sulawesi Utara (Lembaran Negara RI Tahun 2002 Nomor 22, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4183) dan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro di Propinsi Sulawesi Utara (Lembaran Negara RI Tahun 2007 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4691);

2. Undang - Undang . . . . .

2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4437; sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah Lembaran Negara RI Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4438);
8. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 130, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5049);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5063)
10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5072);
11. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara RI Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5234)
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4585);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara RI Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4614);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan (Lembaran Negara RI Tahun 2006 Nomor 96, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4663);

16. Peraturan . . . . .

16. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 2006 tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Pembangunan Nasional (Lembaran Negara RI Tahun 2006 Nomor 97, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4664);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara RI Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4737);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4741);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2008 tentang Tahapan Tata Cara, Penyusunan, Pengendalian Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2008 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4689);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pemberian dan Pemanfaatan Insentif Pemungutan Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2010 Nomor 119, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5161);
21. Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pengesahan, Pengundangan, dan Penyebarluasan Peraturan Perundang-undangan;
22. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
23. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
25. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
26. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
27. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Tahapan, Tata cara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
28. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2011 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
29. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/ SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit
30. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/SK/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis/Medical Record;

31. Peraturan . . . . .

31. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
32. Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
33. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan;
34. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/IV/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
35. Peraturan Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Nomor 16 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Lembaga Teknis Daerah dan Lembaga lain Kabupaten Kepulauan Sangihe (Lembaran Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Tahun 2008 Nomor 16);
36. Peraturan Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Nomor 5 Tahun 2009 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Tahun 2009 Nomor 5);
37. Peraturan Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Nomor 5 Tahun 2010 tentang Retribusi Jasa Umum (Lembaran Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Tahun 2010 Nomor 5) Sebagaimana diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Nomor 4 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum (Lembaran Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe Tahun 2011 Nomor 4);
38. Peraturan Bupati Kepulauan Sangihe Nomor 44 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Rumah Sakit Umum Daerah Tahuna.

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI KEPULAUAN SANGIHE TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM LIUN KENDAGE TAHUNA**

**BAB I**

**Bagian Pertama**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Kepulauan Sangihe
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;
3. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut Azas Otonomi dan Tugas Pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 ;
4. Bupati adalah Bupati Kepulauan Sangihe;
5. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, yang selanjutnya disingkat DPRD adalah lembaga perwakilan rakyat daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah;

6. Rumah Sakit . . . . .

6. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, curative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat;
7. Rumah Sakit Umum "Liun Kendage" Tahuna yang selanjutnya disingkat RSU adalah Rumah Sakit Publik yang dikelola oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe;
8. Kepala Rumah Sakit adalah Direktur RSU "Liun Kendage" Tahuna, yang selanjutnya disebut Direktur;
9. Pelayanan Kesehatan adalah kegiatan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit berupa Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan Rawat Inap dan Pelayanan Gawat Darurat yang mencakup Pelayanan Medik dan Pelayanan Non Medik;
10. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit;
11. Pelayanan Medik adalah pelayanan yang bersifat individu yang diberikan kepada pasien oleh tenaga medik berupa pemeriksaan, konsultasi, dan tindakan medik;
12. Pelayanan Non Medik adalah Pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh pihak lain di rumah sakit yang secara tidak langsung berkaitan dengan Pelayanan Medik meliputi pelayanan Pendidikan dan Pelatihan, Pelayanan Administrasi, Pelayanan Laundry dan lain-lain pelayanan yang terkait dengan pelayanan kesehatan;
13. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap;
14. Pelayanan Rawat Darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi resiko kematian atau cacat;
15. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur pada ruang rawat inap;
16. Pelayanan Rawat Intensif adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dalam keadaan kritis yang memerlukan pemantauan ketat dan intensif pada ruangan khusus dengan sarana khusus dan tenaga terampil;
17. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar sebagai urusan wajib pemerintah/pemerintah daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Hal ini juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolakukur pelayanan minimum yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien;
18. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat;
19. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan;
20. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar World Health Organization (WHO);

21. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan;
22. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya;
23. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai;
24. Definisi operasional adalah uraian dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
25. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator;
26. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
27. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
28. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
29. Target atau Nilai adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai;
30. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

## **Bagian Kedua**

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

#### **Pasal 2**

1. *Standar Pelayanan Minimal* dimaksudkan sebagai panduan bagi seluruh jajaran Rumah Sakit Umum Daerah Liun Kendage Tahuna dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggung jawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berdasarkan pada standar mutu paling minimum yang harus dipenuhi.
2. *Standar Pelayanan Minimal* ini menjadi panduan bagi Bupati dan pemangku kepentingan terkait lainnya dalam menilai dan mengevaluasi kinerja RSUD dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.
3. *Standar Pelayanan Minimal* ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

**BAB II****JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), TARGET WAKTU  
PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL****Bagian Pertama****Jenis Pelayanan****Pasal 3**

1. RSUD Liun Kendage mempunyai tugas pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitative), yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif) serta upaya rujukan.
2. Jenis-jenis pelayanan kesehatan pada RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. Pelayanan gawat darurat;
  - b. Pelayanan rawat jalan;
  - c. Pelayanan rawat inap;
  - d. Pelayanan bedah;
  - e. Pelayanan persalinan dan perinatology;
  - f. Pelayanan intensif;
  - g. Pelayanan radiologi;
  - h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
  - i. Pelayanan rehabilitasi medic;
  - j. Pelayanan farmasi;
  - k. Pelayanan gizi;
  - l. Pelayanan transfusi darah;
  - m. Pelayanan keluarga miskin;
  - n. Pelayanan rekam medis;
  - o. Pengelolaan limbah;
  - p. Pelayanan administrasi dan manajemen;
  - q. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
  - r. Pelayanan pemulasaran jenazah;
  - s. Pelayanan laundry;
  - t. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
  - u. Pencegah Pengendalian Infeksi.

**Bagian Kedua****Indikator, Standar (Nilai), Target Waktu Pencapaian dan Uraian Standar  
Pelayanan Minimal****Pasal 4**

1. RSUD menyelenggarakan Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (1) berdasarkan kepada indikator, standar (nilai), target waktu pencapaian dan uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana terlampir dalam Peraturan Bupati ini.
2. Indikator, standar (nilai), target waktu pencapaian dan uraian standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termuat dalam lampiran yang tidak terpisahkan dalam peraturan ini.

**BAB III****KETENTUAN PENUTUP****Pasal 5**

Hal-hal yang belum diatur dan atau belum cukup diatur dalam Peraturan Bupati ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya diatur lebih lanjut dengan Keputusan Bupati. Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.  
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam lembaran Daerah Kabupaten Kepulauan Sangihe.

Ditetapkan di Tahuna  
Pada tanggal 23 April 2013

**BUPATI KEPULAUAN SANGIHE,**

  
**HIRONIMUS ROMPAS MAKAGANSA**

Diundangkan di Tahuna  
Pada tanggal, 23 April 2013

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KEPULAUAN SANGIHE,**



**WILLY ELFIANUS CARRY KUMENTAS**

**BERITA DAERAH KABUPATEN KEPULAUAN SANGIHE TAHUN 2013 NOMOR**



**LAMPIRAN 1**

**SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar**

<b>NO.</b>	<b>JENIS PELAYANAN</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>STANDAR</b>
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani Lifesaving anak dan dewasa 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien < 24Jam 8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam 9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	1. 100% 2. 24 Jam 3. 100% 4. Satu tim 5. ≤ lima menit terlayani, Setelah pasien datang 6. ≥ 70% 7. ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) 8. 100% 9. 100%
2.	Rawat jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan 3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa 4. Jam buka pelayanan 5. Waktu tunggu dirawat jalan 6. Kepuasan Pelanggan 7 a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	1. Dokter Spesialis 2. a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah 3. a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan e. Neurotik f. Mental Retardas g. Mental Organik h. Usia Lanjut 4. 08.00 s/d13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00 5. ≤ 60 menit 6. ≥ 90% 7. a. ≥ 60 % b. ≤ 60 %

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat 9. Kejadian pulang paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit 12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa 13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri 14. Kejadian re – admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan 15. Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	1.a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 2. 100% 3.a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah 4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 5. ≤ 1,5% 6. ≤ 1,5% 7. 100% 9. ≤ 5% 10. ≥ 90% 11. a. ≥ 60% b. ≥ 60% 12. NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik 13. 100% 14. 100% 15. ≤ 6 minggu

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian dimeja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotrachealtube	1. $\leq 2$ hari 2. $\leq 1\%$ 3. 100% 4. 100% 5. 100% 6. 100% 7. $\leq 6\%$
5.	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr – 2500gr 6. Pertolongan persalinan melalui seksioesaria 7. Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan	1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ 2. a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan 3. Tim PONEK yang terlatih 4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An 5. 100% 6. $\leq 20\%$ 7. 100% 8. $\geq 80\%$

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
6.	Intensif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rata – rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama &lt;72 jam</li> <li>2. Pemberi pelayanan Unit Intensif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 3%</li> <li>2.a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat</li> </ol>
7.	Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</li> <li>2. Pelaksana ekspertisi</li> <li>3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen</li> <li>4. Kepuasan pelanggan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 3jam</li> <li>2. Dokter Sp.Rad</li> <li>3. Kerusakan fotos 2%</li> <li>4. ≥ 80%</li> </ol>
8.	Lab.Patologi Klinik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.</li> <li>2. Pelaksana ekspertisi</li> <li>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>4. Kepuasan pelanggan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 140 menit Kimia darah &amp; darah rutin</li> <li>2. Dokter Sp.PK</li> <li>3. 100%</li> <li>4. ≥ 80%</li> </ol>
9.	Rehabilitasi Medik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan</li> <li>2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</li> <li>3. Kepuasan Pelanggan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 50%</li> <li>2. 100%</li> <li>3. ≥ 70%</li> </ol>
10.	Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan</li> <li>2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat</li> <li>3. Kepuasan pelanggan</li> <li>4. Penulisan resep sesuai formularium</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit</li> <li>2. 100%</li> <li>3. ≥ 80 %</li> <li>4. 100%</li> </ol>
11.	Gizi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</li> <li>2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</li> <li>3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≥ 90%</li> <li>2. ≤ 20%</li> <li>3. 100%</li> </ol>

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
12.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian Reaksi transfusi	1. 100% terpenuhi 2. $\leq 0,01\%$
13.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. 100% 2. 100% 3. $\leq 10$ menit 4. $\leq 15$ menit
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 2. 100%
16.	Administrasi dan manajemen	1. Tindakan lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. $\geq 60\%$ 6. $\geq 40\%$ 7. 100% 8. $\leq 2$ jam 9. 100%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
17.	Ambulance / Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	1. 24 jam 2. $\leq 230$ menit 3. 1 Jam
18.	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	$\leq 3$ Jam
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. $\leq 75\%$ 2. 100% 3. 100%
20.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 40% 2. 100%
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD disetiap instalasi/departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min1 parameter)	25% $\geq$ 15% $\geq$ 10% $\geq$

## LAMPIRAN 2

### URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

#### 1. Kemampuan Menangani Life Saving Anak dan Dewasa

Judul	<b>Kemampuan Menangani life Saving di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat daruratan adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat Pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

### 7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	<b>Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 per seribu
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

### 8. Pasien Jiwa Yang Dapat Ditenangkan Dalam Waktu ≤ 48 jam (Khusus Untuk Rumah Sakit Dengan Pelayanan Jiwa)

Judul	<b>Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

### 9. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	<b>Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka</b>
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat



## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	<b>Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a.NAPZA b.Gangguan Psikotik c.Gangguan Neurotik d.Gangguan Organik
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

#### 4. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	<b>Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d.13.00 setiap hari kerja kecuali jumat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

#### 5. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Tunggu di Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja disetiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan / komite mutu / tim mutu

#### 6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan Pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/tim mutu/panitia mutu

## 7. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi Dots

Judul	<b>Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi Dots</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan Tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB03 UPK
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	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 dirawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam Visite Dokter Spesialis</b>
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis 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 Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

#### 5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	<b>Kejadian Infeksi Pasca Operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

#### 6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	<b>Angka Kejadian Infeksi Nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat dirumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

## 7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

## 8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
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 Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24% ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

## 9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	<b>Kejadian Pulang Paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

### 10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

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

Judul	<b>Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan Tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB03UPK
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

### 12. Ketersediaan Pelayanan Rawat di Rumah Sakit Yang Memberikan Pelayanan Jiwa

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat di Rumah Sakit Yang Memberikan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada dirumah sakit jiwa
Definisi Operasional	pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan spekpsiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a.NAPZA b.Gangguan Psikotik c.Gangguan Neurotik d.Gangguan Organik
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

**13. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri**

Judul	<b>Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa bukan karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian Kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggungjawab	Komite medik/mutu

**14. Kejadian (*re-admission*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu 1 bulan**

Judul	<b>Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan Dalam waktu <math>\leq</math> 1 bulan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali, keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu $\leq$ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggungjawab	Komite medik/mutu

**15. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa**

Judul	<b>Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq$ 6 minggu
Penanggungjawab	Komite medik/mutu



#### IV. BEDAH SENTRAL

##### 1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	<b>Waktu Tunggu Operasi Elektif</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggungjawab	Ketua instalasi bedah sentral

##### 2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	<b>Kejadian Kematian di Meja Operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anastesi dan kepedulian Terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinelevent
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

##### 3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinelevent
Periode Analisa	1 bulan dan sentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

#### 4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinelevent
Periode Analisa	1 bulan dan sentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinelevent
Periode Analisa	1 bulan dan sentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinelevent
Periode Analisa	1 bulan dan sentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

**7. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anastesi Dan Salah Penempatan Endotrachealtube**

Judul	<b>Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anastesi Dan Salah Penempatan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi Anastesi antara lain karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotrachealtube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinelevent
Periode Analisa	1 bulan dan sentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

**V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DILUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)**

**1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan**

Judul	<b>Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia ada neklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua,pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda,yaitu: o Tekanan darah sistolik >160mmHg dan diastolic >110mmHg o Proteinuria > 5gr/24jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitati o Oedemtungkal Eklampsia adalah tanda preeclampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda – tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah proses persalinan lebih dari 2 Jam setelah pembukaan lengkap
Frekuensi	Tiap bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan ≤1%pre-eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%
Penanggungjawab	Komite medic

**2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal**

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan normal</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) Dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Komite mutu

**3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit**

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri Dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggungjawab	Komite mutu

#### 4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang Kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, Dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Komite mutu

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

Judul	<b>Kemampuan Menangani BBLR 1500gr-2500gr</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500gr-2500gr
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500gr-2500gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500gr-2500gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggungjawab	Komite medik/Komite mutu

#### 6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	<b>Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio Cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik Elektif maupun emergensi.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤100%
Penanggungjawab	Komite mutu

#### 7. a. Keluarga Berencana

Judul	<b>Keluarga Berencana Mantap</b>
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengum.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%
Penanggungjawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

### 7. b. Keluarga Berencana Mantap

Judul	<b>Keluarga Berencana Mantap</b>
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan Pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

### 8. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggungjawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## VI. PELAYANAN INTENSIF

### 1. Rata-Rata Pasien Yang Kembali Keperawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama <72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat diruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	<3%
Penanggungjawab	Komite medik/mutu

### 2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisioperasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Komite medik/mutu

## VII. THORAX FOTO

### 1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	Rekam medis
Standar	<3%
Penanggungjawab	Kepala instalasi radiologi

### 2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

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

### 3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	<2%
Penanggungjawab	Kepala instalasi radiologi

### 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggungjawab	Ketua komite mutu/tim mutu



## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi.
Frekuensi pengumpulan 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 di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survei
Standar	<140 menit (manual)
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi laboratorium

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

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## IX. REHABILITASI MEDIK

### 1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	<b>Kejadian DropOut Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan.</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisioperasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤50%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

### 2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
Frekuensi Pengumpulan 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 (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

#### 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (nominial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## X. INSTALASI FARMASI

### 1. a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam Satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survei
Standar	<30%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 1. b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei Dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survei
Standar	<60%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan data	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 (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

## XI. INSTALASI GIZI

### 1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥90%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## 2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	>20%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## 3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</b>
Dimensi mutu	Keamanaan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## XII. TRANSFUSI DARAH

### 1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	<b>Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

### 2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤0,01%
Penanggungjawab	Kepala UTD

### XIII. PELAYANAN GAKIN

#### 1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Askeskin
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
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%
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

### XIV. REKAM MEDIK

#### 1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	<b>Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggungjawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah di isi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindakan lanjut dan resume
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang di isi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

#### 2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	<b>Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggungjawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan
Definisi operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi rekam medik

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

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medik untuk pasien lama.
Standar	Rerata $\leq 10$ menit
Penanggungjawab	Kepala instalasi rekam medik

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

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata $< 15$ menit
Penanggungjawab	Kepala instalasi rekam medik

## XV. PENGOLAHAN LIMBAH

### 1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	<b>Baku mutu limbah cair</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode 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	100%
Penanggungjawab	Kepala IPRS



## 2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	<b>Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius dirumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederaikan, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

## XVI. TINDAK LANJUT

### Tindakanlanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	<b>Tindakanlanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindakanlanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindakanlanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindakanlanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindakanlanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggungjawab	Direktur rumah sakit

### 1. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategi bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. laporan akuntabilitas kinerja
Frek. Pengumpulan Data	1 tahun
Periode analisis	3 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 Tata Usaha
Standar	100%
Penanggungjawab	Direktur

## 2. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, 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 pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

## 3. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	<b>Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UUNo.8/1974, UUNo.43/1999)
Frekuensi Pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenpa dalam satu tahun.
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

## 4. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit atau pun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perkaryawan 20 jam pertahun.
Frekuensi Pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	>60%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

## 5. Cost Recovery

Judul	<b>Cost recovery</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	>40%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

## XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

### 1. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

Judul	<b>Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah</b>
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 Pengumpulan 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
Penanggungjawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

### 2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/kereta Jenazah di Rumah Sakit

Judul	<b>Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah</b>
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 Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggungjawab	Penanggungjawaban ambulance/kereta jenazah

### 3. Response Time Pelayanan Balance Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan

Judul	<b>Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan</b>
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi Pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggungjawab	

## XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

### 1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggungjawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

## XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

### 1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindaklanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan 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%
Penanggungjawab	Kepala IPRS

### 2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	<b>Ketepatan waktu pemeliharaan alat</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala IPRS

**3. Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi.**

Judul	<b>Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.</b>
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 (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

**XX. PENYEDIAAN LINEN**

**1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian linen yang hilang</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laundry

**2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap**

Judul	<b>Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan 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	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laundry

## XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. Tim PPI

Judul	<b>Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggungjawab	Ketua Komite PPI

### 2. Koordinasi APD

Judul	<b>Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)</b>
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD disetiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi dirumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPI

### 3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit</b>
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO,ILI,VAP,ISK)
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah Instalasi yang tersedia
Sumber data	Survei
Standar	75%
Penanggungjawab	Tim PPIRS

#### Keterangan:

- ILO** : Infeksi Luka Operasi
- ILI** : Infeksi Luka Infus
- VAP** : Ventilator Associated Pneumonia
- ISK** : Infeksi Saluran Kemih

**MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS**

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60%
2.	Rawat Inap	c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB dirumah sakit	60%

**A. RAWAT JALAN**

**1. Kegiatan penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)**

Judul	<b>Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS**

Judul	<b>Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan (TB) di RS</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**B. RAWAT INAP**

**1. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)**

Judul	<b>Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 2. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap Ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rawat Inap



**LAMPIRAN 3**

**1. Unit Pelayanan : Instalasi Rawat Darurat**

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Rawat Darurat	Jam buka pelayanan gawat darurat	24jam	24 jam	24jam	24jam	24jam
2.	Rawat Darurat	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.	100%	93%	95%	98%	100%
3.	Rawat Darurat	Waktu tanggap pelayanan dokter di IRD.	100%	99,77%	99,84%	99,88%	100%
4.	Rawat Darurat	Kemampuan menangani life saving di IRD	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Rawat Darurat	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
6.	Rawat Darurat	Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IRD	$\leq$ 2 per seribu	$\leq$ 2 per seribu	$\leq$ 2 per seribu	$\leq$ 2 per seribu	$\leq$ 2 per seribu
7.	Rawat Darurat	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%

**2. Unit Pelayanan : Rawat Jalan**

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Rawat Jalan	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100%	85%	100%	100%	100%
2.	Rawat Jalan	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%	60%	61%	65%	70%
3.	Rawat Jalan	Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	80%	100%	100%	100%
4.	Rawat Jalan	Waktu tunggu di rawat jalan	$\leq$ 60 menit	50 menit	50 menit	45 menit	40 menit
5.	Rawat Jalan	Kepuasan pelanggan pada Instalasi Rawat Jalan	$\geq$ 90%	75%	77%	80%	82%

### 3. Unit Peayanan : Rawat Inap

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Rawat Inap	Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Rawat Inap	Kejadian infeksi nosokomial.	≤1,5%	1,3%	1,3%	1,3%	3%
3.	Rawat Inap	Kejadian infeksi pasca operasi	≤1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
4.	Rawat Inap	Pemberi pelayanan di rawat inap	100%	80%	90%	95%	100%
5.	Rawat Inap	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Rawat Inap	Jam visite dokter spesialis	100%	85%	90%	95%	100%
7.	Rawat Inap	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Rawat Inap	Kematian pasien rawat inap >48 jam	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%
9.	Rawat Inap	Kejadian pulang paksa	≤5%	≤8%	≤7,8%	≤7,5%	≤7%
10.	Rawat Inap	Kepuasan pelanggan pada pelayanan di rawat inap	≥90%	≥70%	≥72%	≥75%	≥80%

### 4. Unit Pelayanan : Instalasi Bedah Sentral

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Bedah Sentral	Kejadian kematian di meja operasi	1%	1%	1%	1%	1%
2.	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi elektif	≤2 hari	≤4 hari	≤3 hari	≤2 hari	≤2 hari
5.	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%

5. Unit Pelayanan : SMF Obsgyn

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Persalinan normal	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan bersertifikat APN	100%	70%	75%	80%	85%
2.	Seccio Cesaria	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	20%	28%	27%	25%	22%
3.	Obsgyn	Kejadian kematian ibu karena persalinan Perdarahan Pre Eklamsia Sepsis	≤1% ≤30% ≤0.2%	≤1% ≤30% ≤0.2%	≤1% ≤30% ≤0.2%	≤1% ≤30% ≤0.2%	≤1% ≤30% ≤0.2%
4.	Persalinan dengan penyulit	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
5.	Persalinan dengan operasi	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	75%	80%	90%	100%
6.	Obsgyn	Kepuasan pelanggan pada pelayanan persalinan	≥80%	≥70%	≥70%	≥75%	≥80%
7.	Kontrasepsi mantap	Pemberi pelayanan kontrasepsi mantap	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Kontrasepsi mantap	Konsultasi kontrasepsi mantap	100%	100%	100%	100%	100%

6. Unit Pelayanan : Instalasi Perinatologi

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR 1501 gram -2499 gram	100%	93%	95%	97%	99%

7. Unit Pelayanan : Instalasi Perawatan Intensif

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Pelayanan Intensif	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%
2.	Pelayanan Intensif	Pemberi pelayanan di unit intensif adalah dokter spesialis anestesi, dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara	100%	75%	90%	100%	100%

**8. Unit Pelayanan : SMF Paru**

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Diagnosis TB	Penegakan diagnosis TB pada pasien rawat jalan melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%	60%	60%	60%	60%
2.	Pencatatan dan Pelaporan TB	Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB rawat jalan di rumah sakit	60%	60%	60%	60%	60%
3.	Diagnosis TB	Penegakan diagnosis TB pada pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%	60%	60%	60%	60%
4.	Pencatatan dan Pelaporan TB	Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB rawat inap di rumah sakit	60%	60%	60%	60%	60%

**9. Unit Pelayanan : SMF Anastesi**

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Anastesi	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤6%	≤6%	≤6%	≤6%	≤6%

**10. Unit Pelayanan : Radiologi**

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤2%	≤4jam	≤3,5jam	≤3jam	≤3jam
2.	Radiologi	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Radiologi	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤2%	2,2%	2%	1,8%	1,5%
4.	Radiologi	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan radiologi	≥80%	≥70%	≥73%	≥78%	≥80%

### 11. Unit Pelayanan : Laboratorium Patologi Klinik

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Pengobatan Laboratorium Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤140 menit	180 menit	160 menit	140 menit	140 menit
2.	Laboratorium Patologi Klinik	Pelaksana ekspertisi dan validasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik	100%	50%	70%	80%	90%
3.	Laboratorium Patologi Klinik	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Laboratorium Patologi Klinik	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan Laboratorium	≥80%	80%	85%	90%	90%

### 12. Unit Pelayanan : Rehabilitasi Medik

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Rehabilitasi medik	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	85%	90%	95%	100%
2.	Rehabilitasi medik	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	Maks. 50%	40%	35%	30%	25%
3.	Rehabilitasi medik	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik	≥80%	≥75%	≥75%	≥80%	≥80%

### 13. Unit Pelayanan : Farmasi

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	30 menit	29 menit	29 menit	28 menit	28 menit
2.	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	60 menit	58 menit	58 menit	55 menit	55 menit
3.	Farmasi	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Farmasi	Penulisan resep sesuai formularium	100%	75%	80%	90%	100%
5.	Farmasi	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan farmasi	≥80%	80%	85%	90%	95%

14. Unit Pelayanan : Instalasi Gizi

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90%	≥55%	≥60%	≥65%	≥70%
2.	Gizi	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20%	≤60%	≤50%	≤40%	≤30%
3.	Gizi	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	90%	90%	95%	95%

15. Unit Pelayanan : Transfusi Darah

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Transfusi Darah	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	60%	60%	65%	65%	70%
2.	Transfusi Darah	Kejadian reaksi transfuse	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%

16. Unit Pelayanan : Ambulance

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target				
				11/12	12/13	13/14	14/15	15/16
1.	Ambulance	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ mobil jenazah di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ambulance	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam

17. Unit Pelayanan : Instalasi Perawatan Jenazah

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam

18. Unit Pelayanan : Pengolahan Limbah

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target				
				11/12	12/13	13/14	14/15	15/16
1.	Pengolahan limbah	Pengolahan Limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Pengolahan limbah	Baku Mutu Limbah Cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%

19. Unit Pelayanan : Instalasi Pemeliharaan Sarana

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Pemeliharaan Sarana	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	75%	80%	80%	82%	85%
2.	Pemeliharaan Sarana	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Pemeliharaan Sarana	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%

20. Unit Pelayanan : Laundry

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	40%	100%	100%	100%	100%
2.	Laundry	Kecepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	70%	80%	90%	100%

21. Unit Pelayanan : Rekam Medik

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Rekam medik	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit layanan	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Rekam medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	40%	60%	80%	100%
3.	Rekam medik	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Rekam medik	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pada pelayanan rawat jalan	Rerata ≤10 menit	≤15 menit	≤15 menit	≤10 menit	≤10 menit
5.	Rekam medik	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Rerata ≤15 menit	≤15 menit	≤15 menit	≤15 menit	≤15 menit

22. Unit Pelayanan : Diklat

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Diklat	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	60%	62,5%	65%	67,5%	70%

23. Unit Pelayanan : Rekam Medis

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Administrasi manajemen	Cost recovery	40%	100%	100%	100%	100%
2.	Administrasi manajemen	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Administrasi manajemen	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	80%	85%	90%	95%
4.	Administrasi manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	80%	85%	90%	95%
5.	Administrasi manajemen	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	75%	100%	100%	100%
6.	Administrasi manajemen	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	97%	98%	99%	100%
7.	Administrasi manajemen	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	75%	80%	85%	90%
8.	Administrasi manajemen	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Maks 2 jam	2 jam	1 jam 45 menit	1 jam 45 menit	1 jam 30 menit

24. Unit Pelayanan : Komite Dalin

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Target			
				2013	2014	2015	2016
1.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Tersedianya anggota tim pencegahan dan pengendalian infeksi yang terlatih	25%	75%	80%	85%	95%
2.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)	15%	60%	65%	70%	75%
3.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	10%	75%	80%	85%	85%

BUPATI KEPULAUAN SANGIHE,

  
HIRONIMUS ROMPAS MAKAGANSA