



**BUPATI HALMAHERA SELATAN  
PROVINSI MALUKU UTARA**

---

PERATURAN BUPATI HALMAHERA SELATAN  
NOMOR 5 TAHUN 2016

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMUM  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUHA**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI HALMAHERA SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah kabupaten. Hal ini berarti bahwa Pemerintah kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa untuk memenuhi persyaratan administrative Badan layanan Umum, Rumah Sakit wajib menyusun Standar Pelayanan Minimum ;
- d. bahwa untuk menyusun Standar Pelayanan Minimum, Rumah Sakit memerlukan Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum.
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, perlu ditetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit Umum Daerah Labuha;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 46 Tahun 1999 tentang Pembentukan Provinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat (Lembaran Negara R.I. Tahun 1999 Nomor 174, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 3895) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2000 (Lembaran Negara R.I. Tahun 2000 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 3961);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Halmahera Utara, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Timur dan Kota Tidore Kepulauan di Provinsi Maluku Utara (Lembaran Negara R.I. Tahun 2003 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4264);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara R.I. Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara R.I. Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara R.I Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor );
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5587) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4975);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4502);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara R.I. Tahun 2005 Nomor 165, Tamabahan Lemabara Negara R.I. Nomor 4593);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4614);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4262);

17. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara R.I. Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lemabara Negara R.I. Nomor 5265);
18. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 Tentang Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
20. 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 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimum;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimum;
23. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit;
24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
25. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
26. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
27. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
28. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 4 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Tahun 2007 Nomor 4);
29. Peraturan Daerah Kabupaten Halamahera Selatan Nomor 3 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Halmahera Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Tahun 2008 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 3);
30. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 13 Tahun 2012 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Tahun 2012 Nomor 13, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 13);
31. Peraturan Bupati Halmahera Selatan Nomor 16 Tahun 2011 Tentang Tugas pokok, fungsi dan uraian tugas jabatan struktural pada lembaga teknis daerah Kabupaten Halmahera Selatan;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan: **PERATURAN BUPATI HALMAHERA SELATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUHA**

## **BAB I KETENTUAN UMUM**

### Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Halmahera Selatan
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas 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 Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati Halmahera Selatan dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
4. Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, dan gawat darurat.
5. Standar Pelayanan Minimum di Rumah sakit adalah merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah sakit kepada masyarakat.
6. Batas waktu pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh Kepala Daerah untuk mencapai target SPM Rumah Sakit.
7. Pusat Pertanggungjawaban di rumah sakit adalah unit pelayanan terkecil di rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan yang minimum wajib disediakan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.
8. Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Labuha adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Labuha kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pencegahan dan promosi kesehatan, pendidikan dan penelitian.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
10. 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 standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
12. 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.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
15. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
16. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
17. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
18. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
19. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai
20. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

**BAB II  
MAKSUD DAN TUJUAN**

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimum dimaksudkan untuk panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Labuha dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimum bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

**BAB III  
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI),  
BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN  
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM**

Bagian Kesatu  
Jenis Pelayanan  
Pasal 3

- (1). Rumah Sakit Umum Daerah Labuha mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya promosi kesehatan, pencegahan, melaksanakan upaya rujukan, pendidikan dan penelitian.
- (2). Jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Labuha meliputi :
  1. Pelayanan Gawat Darurat
  2. Pelayanan Rawat Jalan
  3. Pelayanan Rawat Inap
  4. Pelayanan Kamar Operasi
  5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
  6. Pelayanan Intensif
  7. Pelayanan Radiologi
  8. Pelayanan Laboratorium
  9. Pelayanan Fisioterapi
  10. Pelayanan Farmasi
  11. Pelayanan Gizi
  12. Pelayanan Rekam medik
  13. Pelayanan JAMKESMAS / JAMKESDA
  14. Pelayanan pengolahan limbah Rumah Sakit
  15. Pelayanan administrasi dan manajemen
  16. Pelayanan ambulance / kereta jenazah
  17. Pelayanan Pemulasaraan jenazah
  18. Pelayanan Laundry
  19. Pengendalian infeksi(dibentuk tim pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial)

Bagian kedua  
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian  
dan Uraian Standar Pelayanan Minimum

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian standar Pelayanan Minimum sebagaimana dimaksud, tercantum dalam lampiran 1 Peraturan Bupati ini.

## **BAB IV PELAKSANAAN**

### Pasal 5

- (1). Rumah Sakit Umum Daerah Labuha yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimum dalam Peraturan Bupati ini.
- (2). Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Labuha bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimum yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3). Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimum dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

## **BAB V PENERAPAN**

### Pasal 6

- (1) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Labuha menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimum.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi Rumah Sakit Umum Daerah Labuha menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimum.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimum.

## **BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

### Bagian kesatu Pembinaan

### Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah Labuha yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a). Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimum;
  - b). Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimum dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimum;
  - c). Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimum; dan
  - d). Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimum.

### Bagian Kedua Pengawasan

### Pasal 8

- (1). Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal.
- (2). Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Labuha.

Pasal 9

- (1). Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (2 ) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Labuha menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2). Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimum.

Pasal 10

- (1). Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit Umum Daerah Labuha selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2). Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Labuha yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Labuha

**BAB VII**

**KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 12

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.  
Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.

Ditetapkan di Labuha  
pada tanggal 11 Januari 2016

BUPATI HALMAHERA SELATAN,

MUHAMMAD KASUBA

Diundangkan di Labuha  
pada tanggal 11 Januari 2016

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN HALMAHERA SELATAN,

HELMI SURYA BOTUTIHE, SE, M.M  
NIP. 19650621 198603 1001

BERITA DAERAH KABUPATEN HALMAHERA SELATAN TAHUN 2016 NOMOR

Salinan Sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM

TTD  
ILHAM ABUBAKAR, SH  
Nip. 19690307 200212 1 008

LAMPIRAN 1:

PERATURAN BUPATI HALMAHERA SELATAN

NOMOR: 5 TAHUN 2016

TANGGAL: 11 JANUARI 2016

STANDAR PELAYANAN MINIMUM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDARJENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1	Kemampuan menangani live saving	100%	Satu tahun
			2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%	Satu tahun
			3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	Tiga tahun
		Proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	Satu tahun
			5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	5 menit dilayani setelah Pasien datang	Satu tahun
			6	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	
		Output	7	Kematian pasien di IGD ( 8 jam	2 perseribu	Lima tahun
		Outcome	8	Kepuasan Pasien	70 %	Lima tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	Minimum sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	Lima tahun
			2	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	
		Proses	3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali hari Jumat 08.00 s/d 11.00	Satu tahun
			4	Waktu tunggu Rawat Jalan	≥ 60 menit	Satu tahun
			5	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	Tiga tahun
			6	Pasien rawat jalan TB yang di tangani dengan strategi DOTS	100%	Tiga tahun
			7	Ketersediaan Pelayanan VTC	Tersedia dengan tenaga terlatih	Lima tahun

		Output	8	Peresepan sesuai dengan formularium	100%	Satu tahun
			9	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	Tiga tahun
		Outcome	10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	Lima tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	Sesuai jenis dan kelas RS	Lima tahun
			2	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Lima tahun
			3	Tempat tidur dengan pengaman	100%	Lima tahun
			4	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	Lima tahun
		Proses	5	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%	Tiga tahun
			6	Jam Visite dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	Lima tahun
			7	Kejadian Infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	Tiga tahun
			8	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 90 %	Tiga tahun
			9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	Satu tahun
			10	Pasien Rawat Inap Tuberculosis yang di tangani dengan Strategi DOTS	100%	Tiga tahun
			11	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	Tiga tahun
		Output	12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	Lima tahun
			13	Kematian Pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24%	Lima tahun
		Outcome	14	Kepuasan pasien	≥ 90 %	Lima tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	1	Ketersediaan Tim Bedah	Sesuai jenis dan kelas RS	Tiga tahun
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Operasi	Sesuai dengan kelas RS	Tiga tahun
			3	Kemampuan melakukan tindakan Operatif	Sesuai dengan kelas RS	Tiga tahun
		Proses	4	waktu tunggu Operasi efektif	≤ 2 hari	Tiga tahun
			5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	Satu tahun
			6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	Satu tahun
			7	Tidak adanya kejadian operasi salah Tindakan pada operasi	100%	Satu tahun
			8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing atau lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	Satu tahun
			9	komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6%	Satu tahun

		Output	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	Tiga tahun
		Outcome	11	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Lima tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	dokter Sp OG / dokter Umum /Bidan	Satu tahun
			2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	Tiga tahun
			3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter SpOG, dokter Spa, dokter Sp.An	Tiga tahun
			4	Kemampuan menangani BBLR ( 1.500 - 2.500 gr)	100%	Lima tahun
			5	Kemampuan menangani Bayi lahir dengan asfiksia	100%	Limat tahun
		Proses	6	Pertolongan persalinan Sectio Caecaria non rujukan	≤ 20 %	Tiga tahun
			7	Pelayanan kontrasepsi mantap di lakukan oleh SP.oG atau Sp.B atau Sp.U, atau dokter umum terlatih	100%	Tiga tahun
			8	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%	Tiga tahun
		Output	9	Kematian ibu karena persalinan	a. ≤ 1 % b. reklamsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 2 %	Tiga tahun
			10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	Tiga tahun
		Outcome	11	Kepuasan pasien	≥ 80 %	Lima tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
6	Pelayanan Intensif	Input	1	Pemberi pelayanan	sesuai dengan kelas RS dan standar ICU	Lima tahun
			2	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan ruangan ICU	sesuai dengan kelas RS dan standar ICU	Lima tahun
			3	Ketersediaan Fasilitas tempat tidur dengan monitoring dan Ventilator	sesuai dengan kelas RS dan standar ICU	Lima tahun
		Proses	4	Kepatuhan terhadap Hand Hygiene	100%	Satu tahun
			5	Kejadiainfeksi Nosokomial	< 21 %	Tiga tahun
		Output	6	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	Tiga tahun
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	Lima tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
7	Pelayanan Radiologi	Input	1	Pemberi pelayanan Radiologi	dokter Spesialis Radiologi	Satu tahun
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	Radiografer	Tiga tahun
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	Satu tahun
			4	Kerusakan foto	≤ 2 %	Tiga tahun
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	Tiga tahun
		Output	6	Pelaksanaan ekspertisis hasil pemeriksaan radiologi	dokter Spesialis Radiologi	Lima tahun
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Tiga tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
8	Pelayanan Laboratorium	Input	1	Pemberi pelayanan laboratorium klinik	Sesuai standar RS	Tigatahun
			2	Fasilitas dan peralatan	Sesuai standar RS	Tiga tahun
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 Menit	Tiga tahun
			4	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	Satu tahun
			5	Kemampuan memeriksa HIV - AIDS	Tersedia tenaga	Lima tahun
			6	Kemampuan mikroskopis TB Paru	Peralatan dan reagen	Tiga tahun
		Output	7	Ekspertisis hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spesialis patologi klinik	Lima tahun
			8	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	Satu tahun
			9	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	Lima tahun
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Tiga tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
9	Pelayanan Fisioterapi	Input	1	Pemberi pelayanan Fisioterapi	Sesuai persyaratan kelas RS	Satu tahun
			2	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan kelas RS	Satu tahun
		Proses	3	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	≤ 50 %	Satu tahun
		Output	4	Tidak adanya Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %	Tiga tahun
		Outcome	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Tiga tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
10	Pelayanan Farmasi	Input	1	Pemberi pelayanan Farmasi	Sesuai kelas RS	Lima tahun
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai persyaratan kelas RS	Lima tahun
			3	Ketersediaan formularium	Tersedia dan updated paling lama 1 tahun	Satu tahun
		Proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 Menit	Satu tahun
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60Menit	Satu tahun
		Output	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	Satu tahun
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Tiga tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
11	Pelayanan Gizi	Input	1	Pemberi pelayanan Gizi	Sesuai pola	Tiga tahun
			2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Ketenagaan tersedia	Tiga tahun
			3	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90 %	Satu tahun
			4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	Satu tahun
		Output	5	Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20 %	Satu tahun
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Tiga tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Batas Waktu Pencapaian	
		Jenis	Uraian			
12	Pelayanan transfusi darah	Input	1	Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	Tiga tahun
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	Lima tahun
		Proses	3	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	Tiga tahun
		Output	4	Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfuse di rumah sakit	100%	Tiga tahun
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Lima tahun

NO	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	
		Jenis	Uraian		
13	Pelayanan pasien keluarga miskin	Input	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia
			2	Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada
		Proses	3	Waktu tunggu Verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 Menit
			4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%

		Output	5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%
		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis		Uraian	
14	Pelayanan rekam medik	Input	1	Pemberi pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan
			Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan
		3		Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat Inap	≤ 15 Menit
		Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
			5	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis		Uraian	
15	Pengelolaan limbah	Input	1	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes NO 1204 tn 2004)
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit padat, cair	Sesuai peraturan perundangan
		Proses	3	Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan
			4	Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan
		Output	5	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS <30 mg/l d. PH 6-9

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis		Uraian	
16	Administrasi dan manajemen	Input	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %
			2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada
			3	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada
			4	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada
			5	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada
			6	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada
		Proses	7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
			8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
			9	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala	100%
			10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %
			11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		12	Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam	
		Output	13	Cost recovery	≥ 60 %

			14	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%
			15	Karyawan mendapat pelatihan minimum 20 jam pertahun	≥ 60 %
			16	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%
NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis	Uraian		
17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1	Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam
			2	Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Supir ambulans terlatih
			3	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah
		Proses	4	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit
			5	Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit
		Output	6	Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%
			Outcome	7	Kepuasan pelanggan

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis	Uraian		
18	Perawatan jenazah	Input	1	Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam
			2	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit
			3	ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur
		Proses	4	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 Menit setelah di kamar operasi
			5	Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%
		Output	5	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%
			6	Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%
Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %		

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis	Uraian		
19	Pelayanan laundry	Input	1	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia
			2	Adanya penanggung jawab pelayan laundry	Ada SK Direktur
			3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%
			5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%
		Output	6	Ketersediaan linen	2,5 - 3 set x jumlah tempat tidur
			7	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis		Uraian	
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1	Adanya penanggung jawab IPSRS	SK Direktur
			2	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia
		Proses	3	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 Menit	≥ 80 %
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%
			5	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%
		Output	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis		Uraian	
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1	Adanya tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75%
			2	Ketersediaan APD disetiap Instalasi/departemen	≥ 60 %
			3	Rencana program PPI	Ada
		Proses	4	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%
			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%
		Output	6	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumah sakit	≥ 75 %

NO	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar
		Jenis		Uraian	
22	Pelayanan keamanan	Input	1	Petugas keamanan bersertifikasi pengamanan	100%
			2	Sistem pengamanan	Ada
		Proses	3	Petugas keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam
			4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	setiap 3 bulan
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengujung, karyawan yang hilang	100%
			6	Kepuasan pasien	≥ 90 %

## 1. Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	:	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Laporan bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di UGD
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> .
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	:	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber data	:	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap tiga bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/ yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiga bulan sekali
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimum n= 50)
Sumber data	:	Sample
Standar	:	5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimum n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Kematian pasien 8 jam di IGD
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiga bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode 8 jam sejak pasien datang.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	2perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

Indikator	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten

Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hari buka semua klinis spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari kerja dalam stau bulan dikalikan jumlah klinis spesialis
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	:	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	:	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di RS sesuai dengan kelas RS
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100 %. (Sesuai dengan kelas rumah sakit permenkes No. 340/2010).
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Jam buka pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam antara pukul 08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali jumat pukul 08.00 – 11.00.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari 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	:	Register rawat jalan
Standar	:	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimum n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
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 tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tap 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 TB
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan layanan
Tujuan	:	Kapasitas penegakan diagnosis tuberkulosis
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis tuberkulosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya Mycobacterium tuberculosis melalui tiga pemeriksaan mikroskopis

Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosis tuberculosis ditegakan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\geq 100\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Konseling KB mantap
Dimensi Mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersediaan konseling kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber data	:	Rekam medik dan Laporan KB rumah sakit
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 3. PELAYANAN RAWAT INAP

Indikator	:	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimum D3)
Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	Kepegawaian

Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Perawatan
Indikator	:	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	:	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, THT, Paru, Syaraf, Kulit dan kelamin, Mata, gigi )
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimum harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Perawatan

Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Survey
<i>Standar</i>	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	Angka Kejadian luka Decubitus
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan pasien tirah baring telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai

		protap)
Definisi Operasional	:	Decubitus adalah kerusakan/ kematian kulit yang terjadi akibat gangguan aliran darah setempat dan iritasi pada kulit dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan (dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya) dalam jangka waktu yang lama.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami decubitus dalam periode satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dirawat dalam periode satu bulan
Sumber data	:	Surveillance
Standar	:	$\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Perawatan

Indikator	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar 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%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap.

Indikator	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 24/1000$ (internasional) atau $25/1000$ (Indonesia)
Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Perawatan.

Indikator	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi	:	1 bulan

pengumpulan data		
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan.
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Perawatan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survey (n minimum = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Perawatan

Indikator	:	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulang-an tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap tiga bulan
Periode analisis	:	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 3 bulan
Sumber data	:	Register Rawat Inap, register TB
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Perawatan

Indikator	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektivitas, 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 di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Perawatan

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit
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 rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Perawatan

#### 4. PELAYANAN BEDAH

Indikator	:	Waktu tunggu operasi di kamar bedah umum 30 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu operasi 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 dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
Definisi Operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien

Standar	:	1 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya 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 sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Kamar Bedah

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya 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 sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Kamar Bedah

Indikator	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Kamar Bedah

Indikator	:	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Kamar Bedah

Indikator	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Definisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	6 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Kamar Bedah

## 5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

Indikator	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis</p> <p>Pendarahan: adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dan tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah: fase laten persalinan ( primi para &gt; 8 jam, multipara &gt; 6 jam)</p>

Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis ( masing-masing penyebab)
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, dan sepsis
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	Pendarahan 1%, eklampsia 30 %, Sepsis 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi menolong persalinan
Denominator	:	Jumlah seluruh dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, dokter Sp.A, bidan dan perawat terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menubung.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	:	1
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter anesthesi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anesthesi yang memberikan pertolongan

		persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

Indikator	:	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan pada pasien pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam periode
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram.
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g – 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g – 2500 g yang ditangani
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Perawatan Anak

## 6. PELAYANAN INTENSIF

Indikator	:	Pemberi pelayanan intensif
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Unit pelayanan intensif
Standar	:	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi ICU

Indikator	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	:	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan.
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	3 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi ICU

Indikator	:	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Ruang ICU
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	:	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi Operasional	:	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 Tahun
Numerator	:	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan intensif
Denominator	:	1
Sumber data	:	Inventaris ICU
Standar	:	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi ICU

Indikator	:	Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring dan Ventilator
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya Fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	:	Tempat tidur ruang intensif adalah tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 Tahun
Numerator	:	Jumlah tempat tidur yang dilengkapi dengan peralatan monitoring dan ventilator
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	:	Inventaris ICU
Standar	:	Sesuai dengan kelas rumah sakit

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi ICU
Indikator	:	Kepatuhan terhadap Hand Hygiene
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Menjamin hygiene dalam melayani pasien di ruang intensif
Definisi Operasional	:	Hand Hygiene adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 Tahun
Numerator	:	Jumlah perawat yang diamati dan mematuhi prosedur hygiene
Denominator	:	Jumlah seluruh perawat yang diamati
Sumber data	:	survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi ICU

Indikator	:	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU
Definisi Operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	:	tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	:	9 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi ICU

Indikator	:	Tersedianya Ventilator sesuai jumlah tempat tidur
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya Ventilator bagi pasien yang dirawat di ruang ICU
Definisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah Ventilator yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi ICU

pengumpul data		
Indikator	:	Tersedianya Syringe Pump
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya Syring Pump bagi pasien yang dirawat di ruang ICU
Definisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU 1 tempat tidur tersedia 4 Syring Pump
Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah Syring Pump yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi ICU

## 7. PELAYANAN RADIOLOGI

Indikator	:	Pemberi pelayanan radiologi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis tenaga yang memberika pelayanan radiologi
Denominator	:	1
Sumber data	:	Kepegawaian, Instalasi Radiologi
Standar	:	Dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

Indikator	:	Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

Indikator	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	2%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimum 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

## 8. PELAYANAN LABORATORIUM

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium

Definisi Operasional	:	Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	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	:	Survey
Standar	:	__ 120 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator	:	Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekpertisi laboratorium adalah dokter spesialis patology klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil lab diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan lab patologi klinik
Definisi Operasional	:	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan register, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan tersebut.
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimum 50 )
Sumber data	:	Survei
Standar	:	80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

## 9. PELAYANAN FISIOTERAPI

Indikator	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out selama 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi selama 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	50 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam fisioterapi
Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperkirakan yang tidan sesuai denganb asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi

Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimum 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 10. PELAYANAN FARMASI

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	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 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	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	:	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi
Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah

Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi
Indikator	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimum 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

## 11. PELAYANAN GIZI

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi

Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

Indikator	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas,dan efisien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi gizi

## 12. PELAYANAN REKAM MEDIK

Indikator	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang di isi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang di isi dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

Indikator	:	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	Informed concern adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	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 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan 5 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan

	:	untuk pasien baru.di ruang rekam mdis untuk pasien lama
Standar	:	_10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik
Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap $\leq$ 15 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama untuk digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	$\leq$ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

### 13. PELAYANAN JAMKESMAS / JAMKESDA

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	Pasien miskin pasien pemegang kartu jamkesmas, Jamkesda, dan pasien dengan surat keterangan miskin.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	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 % terlayani
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

#### 14. PENGOLAHAN LIMBAH

Indikator	:	Baku mutu air limbah
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	:	Baku mutu adalah standar minimum pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/ltr COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/ltr TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/ltr pH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan

Indikator	:	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan.
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan



## 15. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

Indikator	:	Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Sekretaris

Indikator	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimum dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimum 3 bulan dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam Satu tahun
Sumber data	:	Sub Bagian Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	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 Kesekretariatan dan Rekam Medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Kesekretariatan dan Rekam Medis

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 44/1999 )
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data	:	Sub Bagian Kesekretariatan dan Rekam Medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Kesekretariatan dan Rekam Medis

Indikator	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimum 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimum perkaryawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimum 20 jam pertahun

Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Sub Bagian Kesekretariatan dan Rekam Medis
Standar	:	80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Kesekretariatan dan Rekam Medis

Indikator	:	Cost recovery
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan 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 analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Keuangan
Standar	:	40 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

Indikator	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
Definisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan

Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Umum
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6
Sumber data	:	Sub Bagian Keuangan
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

## 16. PELAYANAN AMBULANCE /KERETA JENAZAH

Indikator	:	Waktu pelayanan ambulance 24 jam
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulance adalah penyediaan ambulance jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Indikator	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit $\leq 30$ menit
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance diajukan oleh pasien /keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal

		30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat dalam waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 17. PEMULASARAAN JENAZAH

Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq 2$ jam.
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	:	Waktu tanggap pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Total kumulatif waktu pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 18. PELAYANAN LAUNDRY

Indikator	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari jumlah sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laundry
Indikator	:	Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit $< 24$ jam
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 yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laundry

## 19. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Indikator	:	Ada anggota Komite PPI yang terlatih
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Komite PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI RS
Definisi operasional	:	Adalah anggota Komite PPI RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah anggota Komite PPI RS yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota Komite PPI RS
Sumber data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Standar	:	$\geq 75\%$
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	Tersedianya alat pelindung diri (APD) disetiap Instalasi
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap 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 di rumah sakit
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data ( <i>check list</i> ) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimum 1 parameter (ILO/ infeksi luka operasi, ILI/ infeksi luka infus, VAP/ ventilator associated pneumonie, ISK/ infeksi saluran kemih)
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	:	$\geq 75 \%$
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan luka operasi telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Definisi Operasional	:	Infeksi luka operasi adalah infeksi post operasi (Luka bersih) yang didapat setelah hari ke 3, yang ditandai merah, nyeri, bengkak, dan panas.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka operasi dalam periode satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam periode satu bulan
Sumber data	:	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	Angka Kejadian Phlebitis
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan & perawatan infus dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Definisi Operasional	:	Phlebitis merupakan <i>inflamasi vena</i> yang disebabkan baik oleh <i>iritasi</i> kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi <i>intravena</i> . <i>Plebitis</i> dikarakteristikan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan, bengkak, <i>indurasi</i> dan teraba mengeras di bagian vena yang terpasang <i>kateter intravena</i>
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami phlebitis dalam periode satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang terpasang infus dalam periode satu bulan
Standar	:	$\leq 2\%$

Sumber data	:	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	Angka Infeksi saluran kemih
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan & perawatan kateter urin dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Definisi Operasional	:	Infeksi saluran kemih adalah infeksi yang terjadi pada saluran kemih akibat pemasangan kateter menetap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi saluran kemih dalam periode satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang terpasang Kateter menetap dalam periode satu bulan
Standar	:	$\leq 2\%$
Sumber data	:	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pejabat	Paraf
Sekretaris Daerah	
Asisten Bidang Pemerintahan	
Direktur RSUD Labuha	
Kabag Hukum	

BUPATI HALMAHERA SELATAN,

MUHAMMAD KASUBA