



BUPATI KLUNGKUNG
PERATURAN BUPATI KLUNGKUNG
NOMOR 7 TAHUN 2012
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KLUNGKUNG

- Menimbang : a. bahwa pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan perlu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga diperlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- c. bahwa sebagai tindak lanjut ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II dalam Wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655);

2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali, dan terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara ; Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637)
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintah 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);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228 / Menkes / SK / III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129 / Menkes / SK / II / 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
16. Peraturan Daerah Kabupaten Klungkung Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Klungkung
2. Bupati adalah Bupati Klungkung
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah Kabupaten Klungkung
4. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD adalah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberika oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.

6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi tolok ukur layanan yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat.
8. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. 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.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
11. 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 tolok ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
12. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
13. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator
14. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator
15. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan
16. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja
17. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja
18. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai
19. 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) Maksud ditetapkannya SPM adalah untuk memberikan panduan bagi BLUD RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Tujuan ditetapkannya SPM adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR,
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
DAN TAHAPAN WAKTU PENCAPAIAN

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) BLUD RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), peifmulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis Pelayanan untuk BLUD RSUD meliputi:
 - a. Pelayanan gawat darurat;
 - b. Pelayanan rawat jalan;
 - c. Pelayanan rawat inap;
 - d. Pelayanan bedah;
 - e. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. Pelayanan intensif;
 - g. Pelayanan radiologi;
 - h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. Pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. Pelayanan farmasi;
 - k. Pelayanan gizi;
 - l. Pelayanan tranfusi darah;
 - m. Pelayanan keluarga miskin;
 - n. Pelayanan rekam medis;
 - o. Pengolahan limbah;
 - p. Pelayanan administrasi manajemen;
 - q. Pelayanan ambulance / kereta jenazah;
 - r. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - s. Pelayanan laundry;
 - t. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;dan
 - u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Bagian Kedua
Indikator, Standar , Uraian Standar Pelayanan Minimal
Dan Tahapan Waktu Pencapaian
Pasal 4

Indikator, Standar , Uraian SPM dan Tahapan Waktu Pencapaian tercantum dalam lampiran I, lampiran II dan lampiran III yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) BLUD RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM BLUD RSUD dalam Peraturan Bupati ini
- (2) Direktur atau pemimpin BLUD RSUD bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM BLUD RSUD yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

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

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD selaku pemimpin BLUD RSUD menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM BLUD RSUD.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen BLUD RSUD menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM BLUD RSUD
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM BLUD RSUD.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 7

- (1) Bupati melakukan pembinaan kepada BLUD RSUD dalam penerapan SPM BLUD RSUD
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM BLUD RSUD
 - b. Penyusunan rencana pencapaian SPM BLUD RSUD dan Penetapan Tahapan pencapaian SPM BLUD RSUD
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM BLUD RSUD, dan
 - d. Pelaporan prestasi kerja SPM BLUD RSUD

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur atau pemimpin BLUD RSUD

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama sama jajaran manajemen dibawah pemimpin BLUD RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal

- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM BLUD RSUD

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan Pengawasan terhadap BLUD RSUD selain dilakukan oleh Pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam pasal 7, pasal 8 dan pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD

Pasal 11

- (1) Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, pasal 8, pasal 9 dan pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional BLUD RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran BLUD RSUD

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan

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

Ditetapkan di Semarang
Pada tanggal 12 April 2012

BUPATI KLUNGKUNG


I WAYAN CANDRA

Diundangkan di Semarang
Pada tanggal 12 April 2012

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG


KETUT JANAPRIA

BERITA DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG TAHUN 2012 NOMOR 7

- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM BLUD RSUD

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan Pengawasan terhadap BLUD RSUD selain dilakukan oleh Pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam pasal 7, pasal 8 dan pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD

Pasal 11

- (1) Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, pasal 8, pasal 9 dan pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional BLUD RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran BLUD RSUD

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan

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

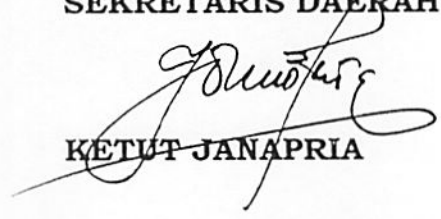
Ditetapkan di Semarang
Pada tanggal 12 April 2012

BUPATI KLUNGKUNG


I WAYAN CANDRA

Diundangkan di Semarang
Pada tanggal 12 April 2012

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG


KETUT JANAPRIA

BERITA DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG TAHUN 2012 NOMOR 7

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI KLUNGKUNG NOMOR 7 TAHUN 2012
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, DAN STANDAR

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberian pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien ≤ 24 jam 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	1. 100 % 2. 24 Jam 3. 100 % 4. Satu tim 5. ≤ lima menit terlayani setelah pasien datang 6. ≥ 70 % 7. ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) 8. 100 %
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan	1. 100 % Dokter Spesialis 2.

O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan Pelanggan 6. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	a. Poli Penyakit Dalam b. Poli Kebidanan c. Poli Bedah d. Poli anak 3. 100 % 4. ≤ 60 menit 5. ≥ 90 % 6. a. ≥ 60 % b. ≥ 60 %
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian Infeksi pasca operasi 6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	1. 100 % 2. 100 % 3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah 4. 100 % 5. ≤ 1,5 % 6. ≤ 1,5 % 7. 100 %

O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		8. Kematian Pasien > 48 jam 9. Kejadian Pulang Paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	8. $\leq 0,24 \%$ 9. $\leq 5 \%$ 10. $\geq 90 \%$ 11. a. $\geq 60 \%$ b. $\geq 60 \%$
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anastesi karena overdosis , reaksi anastesi, dan endotracheal tube	1. \leq dua hari 2. $\leq 1 \%$ 3. 100 % 4. 100 % 5. 100 % 6. 100 % 7. $\leq 6 \%$
5.	Persalinan dan Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$

O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
			c.Sepsis \leq 0,2%
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. 100 %
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tersedia
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. 100 %
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	5. 100 %
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. \leq 20%
		7. Keluarga Berencana	7.
		a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	a. 100 %
		b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	b. 100 %
		8. Kepuasan pelanggan	8. \geq 80 %
6.	Intensif	1. Rata –rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. \leq 3 %
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	2. 100 %
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1. \leq tiga jam

O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan Pelanggan	2. 100 % 3. Kerusakan foto ≤ 2 % 4. ≥ 80 %
8.	Lab.Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksanaan ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan Pelanggan	1. ≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin 2. 100 % 3. 100 % 4. ≥ 80 %
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. ≤ 50 % 2. 100 % 3. ≥ 80 %
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan Pelanggan	1. a. ≤ 30 Menit b. ≤ 60 menit 2. 100 % 3. ≥ 80 %

O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		4. Penulisan resep sesuai formularium	4. 100 %
11.	Gizi	1. Ketetapan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1. ≥ 90 % 2. ≤ 20 % 3. 100 %
12.	Transfusi darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian Reaksi transfusi	1. 100 % 2. $\leq 0,01$ %
13.	Pelayanan Jamkesmas	1. Pelayanan terhadap pasien Jamkesmas yang datang ke RS pada setiap unit layanan	1. 100 %
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. ≤ 10 menit 4. ≤ 15 menit

O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
15.	Pengelolaan limbah	1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. 100 % 2. 100 %
16.	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. $\geq 60\%$ 6. $\geq 40\%$ 7. 100 % 8. \leq dua jam 9. 100 %
17.	Ambulance / Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance / Kereta Jenazah	1. 24 jam

O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / Kereta Jenazah di Rumah sakit	2. ≤ 30 menit
18.	Pemulasaran Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	1. \leq dua jam
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. ≥ 80 % 2. 100 % 3. 100 %
20.	Pelayanan laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100% 2. 100%
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih 2. Tersedianya APD di setiap instalasi 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (HAI) Health Care Associated Infection di RS (minimal 1 parameter)	1. 75 % 2. 75 % 3. 75 %

LAMPIRAN II

PERATURAN BUPATI KLUNGKUNG
 NOMOR 7 TAHUN 2012
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH
 SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Unit Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menyediakan pelayanan life saving di Unit Gawat Darurat
Definisi Operasional	Unit Gawat Darurat adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki standar pelayanan, prosedur, prosedur operasional, dan prosedur lainnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Sesuai kebutuhan
Periodic Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Unit Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Unit Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan jam buka IGD
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat seluas luasnya kepada seluruh masyarakat di wilayah pelayanan
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah pelayanan gawat darurat seluas luasnya memberikan pelayanan seluas luasnya kepada seluruh masyarakat
Frekuensi Pengumpulan Data	Berapapun
Periodic Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang dirawat di rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien yang dirawat
Sumber Data	Laporan Manajemen
Standar	24 jam

Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat
---------------------------------	---------------------------

3. Pemberian pelayanan ke Rawat Daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberian pelayanan ke Gawat Daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke Rawat Daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompetensi pada Rawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan keRawat Daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Elektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi sewaktu-waktu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit

Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi Rawat Darurat
Standar	Satu Tim
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di Unit Gawat Darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan pada Unit Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Rawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Rawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Darurat yang di survey (<i>minimal n = 50</i>)

Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Instalasi Rawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Rawat Darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Instalasi Rawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Darurat

8. Tidak Adanya Kebutuhan untuk Membayar Uang Muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka.
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah di akses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat.
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan pada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat.
Sumber Data	Survey
Standar	100%

Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.
-----------------------------------	---------------------------------

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis .(untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh Dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan , dan bedah
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka Pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis 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 buka 08.00 – 13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at
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

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan

Standar	≤ 60 menit
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (minimal n =50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

6. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakkan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit selama tiga bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam tiga bulan
Sumber Data	Rekam medic
Standar	60%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

7. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS
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 RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan 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 Instalasi Rawat Inap

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

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

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses , keseimbangan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketetapan 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 Analisa	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan , kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas(kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 X 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah Infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat 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 yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama 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

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	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 masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4 / 1000$ (internasional) (NDR $\leq 25 / 1000$, Indonesia)
Penanggung Jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di rawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung Jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

11. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakkan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit selama tiga bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam tiga bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≥ 60%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS

Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

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

2. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anastesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan

	pembedahan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan 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
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral / Komite Medis

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan 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
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien 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
Sumber Data	Rekam medis , laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	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 waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis , laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	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 waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis , laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

7. **Komplikasi Anastesi Karena Overdosis, Reaksi Anastesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube**

Judul	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah satu penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena overdosis , reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikaksi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis , laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 6 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dn diastolik > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3 +/4 +pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia / eklampsia , sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan , pre-eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis , Rumah Sakit
Standar	Perdarahan ≤ 1 % , pre-eklampsia ≤ 30 % , Sepsis ≤ 0,2%
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik

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 tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang member pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
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 dan bidan (perawat yang terlatih). Penyulit dalam persalinan anatara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini , kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr , kelainan panggul , perdarahan ante partum , eklampsia dan preeclampsia berat , tali pusat menumbung
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, Dokter Umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG , dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG , dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite medik / komite mutu

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas dan 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 caesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 20 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite mutu

7.a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam Medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan Medik

7.b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang

	sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan Medik

7. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	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 minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Ketua Komite mutu / Tim mutu

E. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari 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 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite medik / mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani , Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang dilayani
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Komite medik / mutu

F. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan , efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien 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

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Peiaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	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	Registrasi di Instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi
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 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Registrasi radiologi
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

G. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektivitas , 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	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

2. Pemeriksaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pemeriksaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memeriksa ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi laboatorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter

	spesialis patologi klinik 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

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Judul	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 minimal 50)
Sumber Data	Survei

Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

H. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 50 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan / atau tidak sesuai dengan pedoman / standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik

	dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	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 minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rehabilitasi Medik

I. PELAYANAN FARMASI

1.a.Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas , kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	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	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas , kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 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	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penulian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

J. PENYEDIAAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas , akses, kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi / Kepala instalasi rawat inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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	Kepala Instalasi Gizi / Kepala instalasi rawat inap

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	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	1 bulan

Pengumpulan Data	
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	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi / Kepala instalasi rawat inap

K. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi	1 bulan
Pengumpulan Data	

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01 \%$
Penanggung Jawab	Kepala UPTD

L. PELAYANAN GAKIN

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayan rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register Pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Direktur Rumah Sakit

M. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah , rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah

	selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapat informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik 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	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
-------	--

Dimensi Mutu	Efektivitas, 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 pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan / ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / diruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata \leq 10 menit
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan

Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik

O. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/ liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala IPRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/ atau dapat mencederai , antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas

	4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
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	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

P. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atas pertemuan tersebut sesuai 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 ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Direktur Rumah Sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam

	menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator – indikator kinerja pada RSB RSU dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipesyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	3 Tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, 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	Satu tahun
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8 / 1974, UU No 43 / 1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 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 baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥ 60 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

	pasien 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 Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung Jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Bagian Keuangan

Q. PELAYANAN AMBULANCE / KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance / Kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses

6. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi , efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	≥ 40 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyesunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tetang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas , kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran

	pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan 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 Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung Jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Bagian Keuangan

Q. PELAYANAN AMBULANCE / KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance / Kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses

Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance / kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien / keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/ kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien / keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi rawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung Jawab	Penanggung jawab ambulance / kereta jenazah

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah Di Rumah Sakit

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

R. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

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

S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat

Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan laboratorium (alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

T. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

U. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas – tugas tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Tiga bulan
Periode Analisa	Tiap Satu tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas, dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap Instalasi rumah sakit
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 boot, dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya 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 resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit minimal satu parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Tim PPIRS

LAMPIRAN III
 PERATURAN BUPATI KLUNGKUNG NOMOR 7 TAHUN 2012
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM
 DAERAH

INDIKATOR, STANDAR, DAN TAHAPAN WAKTU PENCAPAIAN

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STDR	KOND AWAL	TARGET TAHUNAN				
					2012	2013	2014	2015	2016
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3. Pemberian pelayanan ke rawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GEL S/ALS	100%	PPGD 47,06% BCLS 22,22 % ATLS 18,18 % ACLS 54,55 % EKG 18,18 %	- 38,89% 18,18% 63,64% 36%	- 55,56% 54,55% 72,73% 54%	- 72,22% 72,73% 81,82% 72%	- 88,89% 90,91% 90,91% 100	- 100% 100% 100% 100%
		4. Ketersediaan tim	1 tim	Tidak ada	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim

		penanggulangan bencana							
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat	≤ 5 menit	2 menit	2 menit	2 menit	2 menit	2 menit	2 menit
		6. Kepuasan Pelanggan pada UGD	≥ 70 %	80 %	80%	80%	85%	90%	90%
		7. Kematian Pasien < 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2 perseribu	5,124 per seribu	4 per seribu	3.5per seribu	3per seribu	2.5per seribu	2per seribu
		8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2	Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 % dokter spesialis	97.22%	100%	100%	100%	100%	100%

	2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Poli peny. Dalam, Bedah, Anak kebidanan	100 % (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)
	3. Buka pelayanan sesuai ketentuan	100 %	75%	80%	85%	90%	95%	100%
	4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	60 menit	60 menit	55 menit	50 menit	50 menit	45 menit
	5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 90 %	79,17 %	80 %	80 %	85 %	90 %	90 %
	6. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	80 %	80 %	80 %	85 %	85 %	85%

3	Rawat Inap	1. Pemberian pelayanan rawat inap	100 %	90%	94 %	95 %	96%	100 %	100 %
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100 %	100 %
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Poli anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah 100% (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)	100 % (ada)
		4. Jam <i>Visite dokter Spesialis</i>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,009 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		6. Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	0,004 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %

		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24%	0,037 %	≤ 0.24%	≤ 0.24%	≤ 0.24%	≤ 0.24%	≤ 0.24%
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,025 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90 %	90,2 %	95%	95%	100%	100%	100%
		11.a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan	≥ 60 %	60%	65 %	70 %	75 %	80 %	80%

		dan pelaporan TB di RS							
4	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	10 hari	7 hari	7 hari	5 hari	4 hari	≤ 2 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		pasien setelah operasi							
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	0	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
5	Persalinan dan Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan <ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan • Pre-eklamsia • Sepsis 	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0.2%	0 % 0 % 0 %	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0.2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0.2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0.2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0.2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0.2%
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia Tim PONEK	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		4. Pemberi pelayan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		persalinan dengan tindakan operasi							
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr	100 %	94,60 %	95 %	96 %	97 %	98 %	100%
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio Cesaria	≤ 20 %	42,9 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %
		7. Keluarga Berencana mantap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		8. Konseling KB mantap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	82,79 %	85 %	85%	90 %	90 %	90 %
6	Pelayanan Intensif	1 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0 %	0%	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %
		2. Pemberi pelayanan unit intensif	100 %	0%	0%	60%	70%	80%	100%

7	Radilogi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	1jam	1jam	1jam	1jam	1jam	1jam,
		2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100 %	0	0	0	100%	100%	100%
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	6,35 %	5%	4%	3%	2%	2 %
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	72,83 %	75%	80%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
8	Laboratori um Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit	90 menit	85 menit	80 menit	80 menit	80 menit	75 menit
		2. Pelaksanaan ekspetisi hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil	100 %	99,96 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		pemeriksaan laboratorium							
		4. Kepuasan Pelanggan	≥80%	80 %	85%	85%	85%	90%	90%
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Droup out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %	25 %	20 %	20 %	15 %	10 %	10 %
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80 %	85 %	90 %	90 %	90 %	90 %
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤30 menit	25 menit	24 menit	23 menit	22 menit	21 menit	20 menit
		2. Waktu tunggu pelayanan Obat racikan	≤ 60 menit	40 menit	39 menit	38 menit	37 menit	36 menit	35 menit

		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	81,72 %	84 %	86 %	88 %	90 %	90 %
		5. Penulisan resep sesuai formularium	100 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100%	100%
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	< 20 %	15 %	14 %	13 %	12 %	11 %	10 %
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
12	Transfusi Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,007 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %

13	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	77 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %
		2. Kelengkapan informed concent setelah mendapat informasi yang jelas	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 menit	5 menit	5 menit	5 menit	4 menit	4 menit	3 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayaan rawat inap	≤15 menit	10 menit	8 menit	8 menit	6 menit	6 menit	3menit
15	Pengolahan limbah	1 Baku mutu limbah cair	100 %	50 %	100%	100%	100%	100%	100%

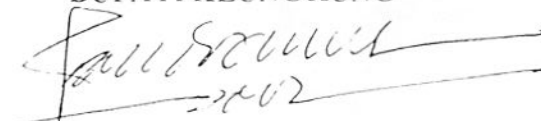
		2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
16	Administrasi manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100 %	0 %	60%	70%	80%	90%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan	≥ 60%	11,86 %	15%	20%	50%	60%	60%

		minimal 20 jam pertahun							
		6. Cost recovery	$\geq 40\%$	52%	50%	55%	55%	60%	60%
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	80%	90%	90%	100%	100%	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam	8 menit	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	\leq 2 Jam	\leq Jam	≤ 2 Jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan(insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 ^o _o	66.67 ^o _o	70 ^o _o	70 ^o _o	75 ^o _o	90 ^o _o	100 ^o _o
17	Ambulance/ Kereta jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam

		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah	≤ 30 mnt	20 mnt	≤ 30 mnt	≤ 30 mnt	≤ 30 mnt	≤ 30 mnt	≤ 30 mnt
18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 Jam	1 jam 40 menit	1 jam 40 menit	1 jam 35 menit	1 jam 30 menit	1 jam 30 menit	1 jam 30 menit
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	$\geq 80\%$	85 %	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	92 %	95%	95%	100%	100%	100%
		3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	83 %	85%	90%	95%	100%	100%

20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	90 %	90 %	95 %	95 %	100 %	100 %
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	75 %	9,09 %	15 %	20%	50%	75%	75%
		2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)	75%	47,62 %	50%	60%	70%	75%	75%
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

BUPATI KLUNGKUNG



I WAYAN CANDRA