

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

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD

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

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

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
6	Intensif	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	-
		Pemberi pelayanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)	5 tahun 5 tahun
7	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	-
		Pelaksana ekspertasi	Dokter Sp. Radiologi	5 tahun
		Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	kerusakan foto ≤ 2%	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	2 tahun
8	Laboratorium Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin	3 tahun
		Pelaksana ekspertasi	Dokter Sp. PK	5 tahun
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	2 tahun
9	Rehabilitasi Medik	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	2 tahun
10	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	1 tahun 1 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	3 tahun
		Penulisan resep sesuai formularium	100%	3 tahun
11	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	2 tahun
		Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	1 tahun
12	Transfusi Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100% terpenuhi	3 tahun
		Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	2 tahun
13	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	2 tahun
14	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	5 tahun
		Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	1 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan jalan jalan	≤ 10 menit	1 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	1 tahun

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

WALIKOTA BITUNG,

ttd

HANNY SONDAKH

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

MEKANISME PERHITUNGAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD

1. GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Live Saving* Anak dan Dewasa

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

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpul Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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

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

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

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

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

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang
Frekuensi Pengumpul Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan

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

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

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam

Judul	Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien masuk di IGD
Frekuensi Pengumpul Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien masuk di IGD
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik gawat darurat
Standar	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak Ada Pasien Yang Diharuskan Membayar Uang Muka

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

2. RAWAT JALAN

1. Dokter Pemberi Pelayanan Poliklinik Spesialis

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

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

2. Ketersediaan Pelayanan

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

3. Jam Buka Pelayanan

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

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

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

5. Kepuasan Pelanggan

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

6a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

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

6b. Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS

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

3. RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpul Data	6 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi Pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	a. Dokter Spesialis b. Dokter Umum c. Perawat minimal pendidikan D3
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan

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

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Askes
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpul Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, Penyakit dalam, Kebidanan, dan Bedah
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

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

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

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

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

6. Kejadian Infeksi Nosokomial

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

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

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

8. Kematian Pasien > 48 jam

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

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

9. Kejadian Pulang Paksa

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

10. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Ketua Komite mutu / Tim mutu

11a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

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

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

11b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS

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

4. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi efektif

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

2. Kejadian kematian di meja operasi

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

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

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

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

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

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

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/komite medis

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

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>Endotracheal Tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu

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

5. PERSALINAN PERINATOLOGI DAN KB

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

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

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal

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

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

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

4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

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

Pengumpul Data	
----------------	--

5. Kemampuan menganani BBLR 1500 – 2500 g

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

6. Pertolongan persalinan dengan seksio cesar

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

7. Keluarga Berencana

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

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi Mutu	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Wakil direktur pelayanan

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

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

6. INTENSIF

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

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

2. Pemberi pelayanan unit intensif

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

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

7. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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

2. Pelaksanaan Ekspertisi

Judul	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan divertifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi radiologi
Standar	Dokter Sp.Rad
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi

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

4. Kepuasan Pelanggan

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

8. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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

2. Pelaksana Ekspertasi

Judul	Pelaksana ekspertasi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertasi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium, bukti dilakukan ekspertasi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang difertifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala instalasi laboratorium patologi klinik

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

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

4. Kepuasan Pelanggan

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

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

9. REHABILITASI MEDIK

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

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

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan

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

10. FARMASI

1a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

1b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala instalasi farmasi

2. Tidak adanya kesalahan pemberian obat

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

3. Kepuasan pelanggan

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

4. Penulisan resep sesuai formularium

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

--	--

5. Penulisan resep obat generik

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

11. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

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

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

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

Pengumpul Data	
----------------	--

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

4. Jumlah permintaan makan yang dilayani

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

5. Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang dilayani

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

6. Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang dilayani

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

12. TRANFUSI DARAH

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

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

2. Kejadian reaksi transfusi

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

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

13. PELAYANAN GAKIN

Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang ada pada setiap unit pelayanan

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

14. REKAM MEDIK

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

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

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

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

3. Kelengkapan informasi consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informasi consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medic yang dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medic yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medic dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medic

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan

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

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

5. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap

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

15. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Buku mutu limbah

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

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

2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai prosedur

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

16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan pimpinan

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

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

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

--	--

4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala

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

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

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

6. Cost Recovery

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

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

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

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

8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

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

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpul Data	Tiap enam bulan

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

17. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

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

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS

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

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

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

18. PEMULASARAN JENAZAH

Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah

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

19. PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi. Kesiambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan
Definisi Operasional	Melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai

	dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpul Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab dan Pengumpul Data	Kepala IPRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

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

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

20. PELAYANAN *LOUNDRY*

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

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

21. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih

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

2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen

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

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

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

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

WALIKOTA BITUNG,

ttd

HANNY SONDAKH

