BUPATI BANGKA TENGAH
PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG

SALINAN
PERATURAN BUPATI BANGKA TENGAH
NOMOR 52 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. Ir. H. IBNU SALEH, M.M

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANGKA TENGAH,

Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;

b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar yang ditetapkan;

c. bahwa standar pelayanan rumah sakit perlu memuat jenis dan mutu layanan minimal, sebagai alat ukur mutu pelayanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit, sehingga perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Ir. H. IBNU SALEH, M.M;

Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang Pembentukan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 217, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4033);

2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat dan Kabupaten Belitung Timur di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

6. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Pengelolaan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);

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 Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 751);

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);

11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

12. Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bangka Tengah (Lembaran Daerah Kabupaten Bangka Tengah Tahun 2016 Nomor 240), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bangka Tengah Nomor 9 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2016 tentang tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bangka Tengah (Lembaran Daerah Kabupaten Bangka Tengah Tahun 2021 Nomor 295);

13. Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2021 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bangka Tengah Tahun 2021 Nomor 291);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. Ir. H. IBNU SALEH, M.M.

BAB I
Ketentuan Umum

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:
1. Daerah adalah Kabupaten Bangka Tengah.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati Bangka Tengah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Bangka Tengah.

4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah unit pelaksana tugas teknis pada perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan berupa Rumah Sakit Umum Daerah.
6. Direktur adalah Direktur RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Kelas D Pratama Kabupaten Bangka Tengah kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik dan pelayanan administrasi manajemen.
8. Standar Pelayanan Minimal selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
9. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh Rumah Sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
10. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan/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.
11. Batas waktu pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh kepala daerah untuk mencapai target SPM Rumah Sakit.
12. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
13. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan dengan persoalan.
14. Pelaksana pelayanan adalah petugas atau pegawai yang bertugas di Rumah Sakit Kelas D Pratama Kabupaten Bangka Tengah.
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya.
16. Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (immediately) untuk menyelamatkan kehidupannya (life saving).
17. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di rawat inap.

18. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
19. Pelayanan persalinan, perinatologi dan KB adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan, pelayanan bagi bayi serta pelayanan kontrasepsi bagi pasangan usia subur.
20. Pelayanan radiologi adalah pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
21. Pelayanan laboratorium adalah pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemeriksaan laboratorium yang melibatkan tenaga untuk mendukung penegakan diagnosa penyakit dan manajemen pengobatan pasien.
22. Pelayanan farmasi adalah pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan, reagen, radio farmasi dan gas medis yang dipimpin oleh seorang apoteker.
23. Pelayanan gizi adalah pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan diet hingga evaluasi diet pasien.
24. Pelayanan rekam medik adalah pelayanan berupa pemberian bukti tertulis sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.
25. Pengelolaan limbah adalah bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di Rumah Sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit.
26. Pelayanan administrasi manajemen adalah proses kegiatan organisasi yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumber daya yang ada di Rumah Sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efisien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
27. Pelayanan ambulans adalah pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan termasuk evakuasi medik dan/ atau pelayanan rujukan pasien dari tempat tinggal pasien ke rumah sakit dan / atau pelayanan rujukan pasien dari rumah sakit ke rumah sakit yang lebih mampu.
28. Pelayanan pemulasaran jenazah adalah pelayanan yang meliputi perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah, dan pelayanan lainnya terhadap jenazah.

29. Instalasi pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit selanjutnya disingkat IPSRS adalah pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan di Rumah Sakit.
30. Pelayanan laundry adalah pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen di Rumah Sakit.
31. Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di Rumah Sakit yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
32. Pengawas internal adalah satuan kerja fungsional dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada direktur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di Rumah Sakit agar sesuai dengan standar pelayanan minimal.
33. Pengawas eksternal adalah satuan kerja fungsional yang berasal dari lingkup eksternal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Bupati, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit agar sesuai dengan standar pelayanan minimal.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

(1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM RSUD Dr. Ir. H. IBNU SALEH, M.M.

(2) SPM bertujuan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman pemerintah, para pembuat kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan di RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M berkenaan dengan:
   a. jenis pelayanan;
   b. indikator pelayanan;
   c. standar pelayanan;
   d. batas waktu pencapaian; dan
   e. penanggungjawab.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, URAIAN
SERTA BATAS WAKTU PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

(1) RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan secara berkelangsungan dan berhasil guna, dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya pemulihan kesehatan dan pencegahan penyakit.

(2) Jenis-jenis pelayanan minimal wajib disediakan oleh RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M, meliputi:
a. pelayanan gawat darurat;
b. pelayanan rawat jalan;
c. pelayanan rawat inap;
d. pelayanan persalinan, perinatologi dan KB;
e. pelayanan radiologi;
f. pelayanan laboratorium;
g. pelayanan farmasi;
h. pelayanan gizi;
i. pelayanan rekam medik;
j. pengelolaan limbah;
k. pelayanan administrasi manajemen;
l. pelayanan ambulans;
m. pelayanan pemulasaran jenazah;
n. IPSRS;
o. Pelayanan laundry;
p. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI); dan
q. Pelayanan keamanan.

Bagian Kedua
Indikator, Standar dan Uraian
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, standar dan uraian SPM terhadap jenis-jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2), tercantum dalam Lampiran yang menjadi bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga
Batas Waktu Pencapaian
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 5

RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M menyusun rencana pencapaian SPM yang memuat target tahunan pencapaian SPM dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang menjadi bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PENGORGANISASIAN

Pasal 6

(1) Bupati bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M sesuai SPM yang dilaksanakan oleh RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M.

(2) Penyelenggaraan Pelayanan RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas yang membidangi urusan di bidang kesehatan.

BAB V
PELAKSANAAN

Bagian Kesatu
Penerapan

Pasal 7

(1) RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M wajib melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM.

(2) Direktur RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM.

(3) Setiap pelaksana pelayanan, berkewajiban membantu menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

(4) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh petugas dengan kualifikasi dan kompentensi yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(5) RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M menyusun Rencana Aksi Strategis berisikan rencana kerja anggaran yang mencakup program kerja, kegiatan, target kinerja, biaya indikatif dan rencana peningkatan mutu pelayanan tahunan.

(6) Rencana Aksi Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) yang disusun dan ditetapkan oleh Direktur RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M, dengan dibantu oleh setiap unit kerja pelayanan dan administrasi, serta menerima berbagai masukan dari Perangkat Daerah yang membidangi urusan perencanaan pembangunan Daerah, Perangkat Daerah yang membidangi urusan kesehatan, dan/atau satuan kerja teknis lainnya.

Bagian Kedua
Penyediaan Sumber Daya

Pasal 8

(1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam penyediaan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai SPM.

(2) Penyediaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, sarana prasarana, dipenuhi sesuai dengan potensi, kemampuan dan prioritas Daerah.

(3) Penyediaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat bersumber dari:
a. anggaran pendapatan dan belanja negara;
b. anggaran pendapatan dan belanja daerah provinsi kepulauan bangka belitung;
c. anggaran pendapatan dan belanja Daerah; dan/atau
d. sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VI
PEMBINAAN

Pasal 9

(1) Pembinaan penerapan SPM pada RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M dilakukan oleh Bupati melalui Dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam bentuk fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM dan mekanisme kerjasama antar daerah Kabupaten/Kota, berupa:
   a. pemberian orientasi umum;
   b. pemberian standar teknis atau pedoman, dan/atau
   c. bimbingan teknis dan pelatihan, yang meliputi:
      1. perhitungan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM, termasuk kesenjangan pembiayaannya;
      2. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
      3. penilaian pengukuran kinerja; dan/atau
      4. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M.

Pasal 10

Pemerintah Daerah melaksanakan pembinaan, supervisi, monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM pada RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.

Pasal 12

(1) Pemerintah Daerah wajib mendukung pengembangan kapasitas RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M yang belum mampu mencapai SPM Rumah Sakit.

(2) Dukungan pengembangan kapasitas RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

BAB VII
PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pengawas Internal

Pasal 12

(1) Pengawasan operasional pelayanan berdasarkan SPM dilakukan oleh pengawas internal Rumah Sakit.

(2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M.

(3) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

(4) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M dalam hal tercapainya prestasi kerja atau target kinerja agar sesuai dengan SPM.

Bagian Kedua
Pengawas Eksternal

Pasal 13

(1) Pengawasan eksternal terhadap RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M dilakukan oleh Bupati sesuai peraturan perundang-undangan.

(2) Pengawas eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas untuk mengawasi dan membantu pengendalian pelayanan sesuai SPM.

Bagian Ketiga
Pelaporan

Pasal 14

RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M berkewajiban untuk menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan sesuai SPM yang telah ditetapkan kepada Bupati melalui Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setiap 1 (satu) tahun sekali.

BAB VIII
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 15

(1) Pejaba/Pegawai yang selama ini bertugas sebagai penanggung jawab masing-masing indikator SPM tetap menjalankan tugasnya sampai dengan Direktur RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M menetapkan penanggung jawab masing-masing indikator sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang menjadi bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

(2) Penetapan penanggung jawab masing-masing indikator sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan paling lambat 3 (tiga) bulan sejak diberlakukannya Peraturan Bupati ini.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 16

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Koba
pada tanggal 28 Agustus 2023

BUPATI BANGKA TENGAH,

-dto-

ALGAFRY RAHMAN

Diundangkan di Koba
pada tanggal 28 Agustus 2023

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BANGKA TENGAH,

-dto-

SUGIANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN BANGKA TENGAH TAHUN 2023 NOMOR 1308

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KAB. BANGKA TENGAH,



EKA BUDIANTA, MH
PENATA Tk.I
NIP. 19890501 201501 1 001

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI BANGKA TENGAH
NOMOR 52 TAHUN 2023
TANGGAL 28 AGUSTUS 2023

STANDAR PELAYANAN MINIMUM SETIAP JENIS PELAYANAN,
INDIKATOR DAN STANDAR (NILAI) RSUD DR. IR. H. IBNU SALEH, M.M

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR PELAYANAN	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANG-GUNG JAWAB
				SAAT INI	2023	2024	2025	2026	2027	
1	Pelayanan Gawat Darurat	1 Kemampuan menangani life saving	100%	60%	70%	75%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		2 Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/EIMED) yang masih berlaku	100%	50%	80%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		3 Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		4 Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		5 Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	< 5 menit	< 5 menit	< 5 menit	< 5 menit	< 4 menit	< 4 menit	
		6 Tidak adanya keharusan membayar uang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		7 Kematian pasien di IGD (≤ 24 jam)	≤ 2 perseribu	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	
		8 Kepuasan Pasien	≥ 70 %	60%	75%	80%	85%	90%	95%	Tim Mutu

2	Pelayanan Rawat Jalan	1 Ketersediaan pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS	Terealisasi sebagian	Terealisasi sebagian	Terealisasi sebagian	Terealisasi	Terealisasi	Terealisasi	
		2 Dokter pemberi pelayanan di poliklinikspesialis	100%	Belum terealisasi	80%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
		3 Jam buka pelayanan dengan ketentuan: 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali hari Jum'at: 08.00 s/d 11.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4 Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	
		5 Pasien rawat jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
		6 Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	95%	95%	95%	95%	95%	
3	Pelayanan Rawat Inap	1 Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS	Belum terealisasi	Terealisasi sebagian	Terealisasi	Terealisasi	Terealisasi	Terealisasi	
		2 Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		3 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4 Jam Visite Dokter Spesialis sesuai ketentuan	100%	Belum terealisasi	25%	50%	75%	100%	100%	
		5 Kejadian infesksi pasca operasi	≤ 1,5 %	Belum ada data	Belum ada data	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	Tim Mutu
		6 Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
		7 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		8 Pasien rawat inap tuberkulosis yang di tangani dengan strategi DOTS	100%	belum teralisasi	50%	75%	80%	100%	100%	

		9 Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	Tim Mutu
		10 Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	
		11 Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	
4	Pelayanan Bedah Sentral	1 Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	Belum Terealisasi	Belum Terealisasi	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medis
		2 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	≤100%	Belum Terealisasi	Belum Terealisasi	≤100%	≤100%	≤100%	≤100%	
		3 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	≤100%	Belum Terealisasi	Belum Terealisasi	≤100%	≤100%	≤100%	≤100%	
		4 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	≤100%	Belum Terealisasi	Belum Terealisasi	≤100%	≤100%	≤100%	≤100%	
		5 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	≤100%	Belum Terealisasi	Belum Terealisas	≤100%	≤100%	≤100%	≤100%	
		6 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6 %	Belum Terealisasi	Belum Terealisasi	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	
		7 Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	Belum Terealisasi	Belum Terealisasi	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	
5	Persalinan dan perinatologi	1 Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik
		2 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Belum terealisasi	Belum terealisasi	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	

		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	100%	Belum terealisasi	Belum terealisasi	100%	100%	100%	100%	Komite Medik
		4 Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%	Belum terealisasi	50%	70%	100%	100%	100%	
		5 Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	≤ 100%	Belum terealisasi	Belum terealisasi	100%	100%	100%	100%	
		6 Keluarga Berencana Mantap	100%	Belum terealisasi	Belum terealisasi	100%	100%	100%	100%	Bidan Koordinator
		7 Pemberian Konseling KB mantap	100%	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	
		8 Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. perdarahan ≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	Komite Medik
			2. pre-eklampsia ≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	
			3. Sepsis ≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	
		9 Kepuasan pasien	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 85 %	95%	95%	95%	95%	Tim Mutu
6	Pelayanan Intensif	1 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	Belum terealisasi	Belum terealisasi	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	Komite Medik/Tim mutu
		2 Pemberi pelayanan unit Intensif	100%	Belum terealisasi	Belum terealisasi	50%	50%	85%	100%	

7	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	Kepala Instalasi Radiologi
		2 Kejadian Kegagalan pelayanan Rontgen	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	
		3 Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	100%	Belum terealisasi	Belum terealisasi	100%	100%	100%	100%	
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum terealisasi	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Tim Mutu
8	Pelayanan Laboratorium patologi klinik	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	Kepala Instalasi Laboratorium
		2 Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	Belum terealisasi	Belum terealisasi	Belum terealisasi	100%	100%	100%	
		3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
9	Rehabilitasi Medik	1 kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	Belum teralisasi	Belum teralisasi	Belum teralisasi	Belum teralisasi	≤ 50%	≤ 50%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	Belum teralisasi	Belum teralisasi	Belum teralisasi	Belum teralisasi	100%	100%	
		3 Kepuasan pelanggan	≥80%	Belum teralisasi	Belum teralisasi	Belum teralisasi	Belum teralisasi	≥80%	≥80%	

10	Pelayanan Farmasi	1 Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
		2 Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
		3 Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	
		4 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		5 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
11	Pelayanan gizi	1 Ketepatan waktu pemberian makanan pada	≥ 90 %	80%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3 Sisa makanan yang tidak termakan oleh	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	
12	Tranfusi Darah	Pemenuhan kebutuhan 1 darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100%	Belum tercapai sasi	Belum tercapai sasi	50%	75%	100%	100%	Penanggung Jawab Bank Darah
		2 Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %	Belum terealisasi	Belum terealisasi	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	Kepala UTD
13	Pelayanan pasien keluarga miskin	1 Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit

14	Pelayanan rekam medik	1 Waktu penyediaan dokumen rekam medis	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
		2 Waktu penyediaan dokumen rekam medis	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
		3 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4 Kelengkapan Informed Concent setelah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
15	Pengelolaan limbah	4 Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai	100%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	Penanggung-jawab Instalasi Sanitarian RS
		5 Baku mutu limbah cair	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	
16	Administrasi dan manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur RS
		2 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
		3 Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Bagian Keuangan
		4 Ketepatan waktu penyusunan laporan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		5 Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	
		6 Cost recovery	≥ 40 %	10%	20%	30%	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	
		7 Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur RS
		8 Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	40%	60%	60%	60%	60%	60%	Kepala Bagian Tata Usaha

		9 Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Bagian Keuangan
17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	1 Waktu pelayanan ambulans/mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Penanggung jawab ambulans
		2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
18	Pemulasaraan Jenazah	1 Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	Belum terealisasi	Belum terealisasi	Belum terealisasi	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	kepala Instalasi pemulasaraan jenazah
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	50%	70%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Penanggung -jawab IPRS
		2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	50%	80%	100%	100%	100%	100%	Penanggung -jawab Aset
		3 Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%	

20	Pelayanan laundry	1 Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Penanggung-jawab Laundry
		2 Ketepatan waktu penyediaaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	1 Adanya anggota tim PPI yang terlatih	75%	Belum ada	25%	50%	75%	75%	75%	Tim PPI RS
		2 Koordinasi APD	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	
		3 Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit nosokomial di Rumah Sakit	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KAB. BANGKA TENGAH,

EKA BUDIANTA, MH
PENATA Tk.I
NIP. 19890501 201501 1 001

BUPATI BANGKA TENGAH,

-dto-

ALGAFRI RAHMAN

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI BANGKA TENGAH
NOMOR 52 TAHUN 2023
TANGGAL 28 AGUSTUS 2023

I. Pelayanan gawat Darurat

A. Kemampuan Menangani Life Saving

Judul	Kemampuan menangani life saving
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat yang masih berlaku , yaitu pelatihan PPGD untuk perawat, dan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/EIMED untuk dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/EIMED yang masih berlaku. Dokter internship dianggap bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

C. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	**Ketersediaan tim penanggulangan bencana**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumahsakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumahsakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumahsakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

D. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	**Jam buka pelayanan Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

E. 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	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dating di IGD 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 (*minimal n=50*)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

F. Kematian Pasien Di IGD

Judul	**Kematian Pasien ≤ 8 jam di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

G. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Judul	**Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (*minimal n=50*)
Sumber data	Survey

Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

A. Ketersediaan Pelayanan

Judul	**Ketersediaan Pelayanan**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di RS sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

B. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	**Pemberi pelayanan di klinik spesialis**
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumahsakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah hari kerjadalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

C. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	**Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at jam 08.00 – 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

D. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	**Waktu Tunggu 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 disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

E. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	**Penegakan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis**
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kesinambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tubercuolsis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya mycobacterium tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosis tuberculosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis yang diperiksa
Sumber data	Rekam medis pasien
Standar	100% cross check subdit TB
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

F. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	**Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS**
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakaan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengeobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

G. Ketersediaan Pelayanan VCT

Judul	**Ketersediaan Pelayanan VCT**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi Operasional	Pelayanan Voluntary Concelling and Testing adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Adanya Pelayanan VCT
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

H. Peresepan Obat Sesuai Formularium

Judul	**Peresepan Obat Sesuai Formularium**
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minmal 50 sampel)
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

I. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	**Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit**
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

J. 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 oleh dokter, perawat, petugas loket
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 di survey (*minimal n=50*)
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan / Tim mutu/panitia mutu

III. PELAYANAN RAWAT INAP

A. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	**Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

B. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	**Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
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

C. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	**Tempat tidur dengan pengaman**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	.100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

D. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Judul	**Kamar Mandi Dengan Pengaman**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai

	pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

E. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

F. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	**Jam Visite Dokter Spesialis**
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode 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/Komite medik/Panitia mutu

G. 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 analisis	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	ketua komide medik/komite mutu/tim mutu

H. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	**Angka Kejadian Infeksi Nosokomial**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosocomial
Standar	≤ 9 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

I. 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 analisis	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	Kepala instalasi rawat inap

J. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	**Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS**
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakaan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

K. Pencatatan Dan Pelaporan Tb Di Rumah Sakit

Judul	**Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit**
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberkulosis dalam mendukung epidemiologi tuberkulosis
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tuberculosis yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien tuberculosis
Sumber data	Rekam medis pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

L. Kejadian Pulang Paksa

Judul	**Kejadian Pulang Paksa**
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan 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	≤5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

M. 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 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 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

N. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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 oleh dokter, perawat, dan kondisi ruangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

IV. BEDAH SENTRAL

A. Ketersediaan Tim Operator

Judul	**Ketersediaan Tim Operator**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tim operator adalah tim yang yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas instrument sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi

Judul	**Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Inventaris Instalasi bedah sentral
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

C. Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif

Judul	**Kemampuan melakukan tindakan operatif**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Rumah sakit mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dan unggulan rumah sakit
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah sentral
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RS
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

D. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	**Waktu Tunggu Operasi Elektif**
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

E. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	**Tidak adanya kejadian operasi salah sisi**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode 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 dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

F. tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

G. 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 kesesuaiany 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 analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event

Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala intalasi bedah sentral/komite medis

I. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	**Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya 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 pengumpulan 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 dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

J. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	**Kejadian Kematian Di Meja Operasi**
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	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	≤1 %
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

K. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan instalasi bedah sentral
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan instalasi bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

V. Persalinan dan perinatologi (kecuali rumahsakit khusus di luar rumahsakit ibu dan anak)

A. 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 pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi menolong persalinan
Sumber data	Kepegawaian, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

B. 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, dokter SpA,bidan dan perawat yang terlatih Penyulit dalam persalinan antara 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 preeklampia berat, talipusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, rekam medis, SMF Kebidanan
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

C. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	**Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dokter yang memberikan pelayanan dengan tindakan operasi
Denominator	3 Tim yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Sumber data	Kepegawaian, rekam medis, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

D. 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 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 medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

E. Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksia

Judul	**Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksi**
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksi
Definisi operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksi adalah bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh Bayi baru lahir dengan asfiksia yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

F. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	**Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria non rujukan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan non rujukan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Komite mutu

G. Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten

Judul	**Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Tenaga yang kompeten adalah dokter spesialis Kebidanan dan Kandungan, dokter spesialis bedah, dan dokter umum yang terlatih.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bidan koordinator

H. Pelayanan Konseling Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap

Judul	**Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi mantap**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Konseling dilakukan minimal oleh tenaga bidan terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang mendapat konseling oleh tenaga bidan terlaih dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bidan koordinator

I. 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	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, dan sepsis. **Pendarahan** adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : 1. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg 2. Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif 3. Oedem tungkai **Eklampsia** adalah tanda pre eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. **Sepsis** adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	**Pendarahan ≤1 %, pre-eklampsia ≤30%, Sepsis ≤ 0,2 %**
Penanggung jawab	Komite medik

J. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

A. Pemberi Pelayanan Intensif

Judul	**Pemberi Pelayanan Intensif**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan intensif
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas

Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan intensif
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

C. Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator

Judul	**Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tempat tidur ruang intensif adalah tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tempat tidur yang dilengkapi dengan peralatan monitoring dan ventilator
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

D. kepatuhan Terhadap Hand Hygiene

Judul	**Kepatuhan Terhadap Hand Hygiene**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Menjamin hygiene dalam melayani pasien di ruang intensif
Definisi Operasional	Hand Hygiene adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah perawat yang diamati dan mematuhi prosedur hand hygiene
Denominator	Jumlah seluruh perawat yang diamati
Sumber data	100 %

Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

E. Kejadian Infeksi Nosokomial Di Ruang ICU

Judul	**Kejadian Infeksi Nosokomial**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

F. 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 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 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤3 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

A. Pemberi Pelayanan Radiologi

Judul	**Pemberi Pelayanan Radiologi**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Radiologi
Standar	Dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan radiografi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiogrfi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

C. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	**Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax**
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

D. Kerusakan Foto

Judul	**Kerusakan Foto**
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	≤2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

E. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label**

Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pelabelan foto
Definisi operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan/atau kesalahan penandaan kanan/kiri.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien di instalasi radiologi yang difoto dengan pelabelan benar
Denominator	jumlah pasien yang difoto dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi radiologi

F. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	**Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen/hasil pemeriksaan radiology . Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiology
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

G. 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 radiology

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

A. Pemberi Pelayanan Patologi Klinik

Judul	**Pemberi Pelayanan Patologi Klinik**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Patologi Klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan patologi klinik
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi laboratorium
Standar	Dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan patologi klinik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali

Data	
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Laboratorium
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

C. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	**Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium**
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

D. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan specimen laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya specimen milik orang yang satu dengan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah seluruh specimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah specimen yang tertukar

Denominator	jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi laboratorium

E. Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS

Judul	**Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS**
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa HIV-AIDSCross check KUK
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV/AIDS adalah pemeriksaan rapid tes untuk mendeteksi ada tidaknya virus HIV pada sediaan darah pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV/AIDS
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia Cross check KUK
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

F. kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru

Judul	**Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru**
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa mikroskopis tuberkulosis paru
Definisi operasional	Pemeriksaan mikroskopis tuberculosis paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya mycobacterium tuberculosis pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosis

Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

G. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	**Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

H. 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 administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

I. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal

Judul	**Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal**
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaanlaboratorium patologi klinik
Definisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak di luar rumah sakit yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	jumlah seluruh parameter yang diperiksan
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

J. 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 analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

A. Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik

Judul	**Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik adalah dokter spesialis rehabilitasi medis, dan fisioterapis yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan rehabilitasi medik baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris instalasi rehabilitasi medik
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

C. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

D. 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 analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

E. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

X. FARMASI

A. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	**Pemberi Pelayanan Farmasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam

	persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga farmasi yang ada di instalasi farmasi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	**Ketersediaan** Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

C. Ketersediaan Formularium

Judul	**Ketersediaan formularium**

Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

D. 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 analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

E. 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 analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

F. 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 : 4. Salah dalam memberikan jenis obat 5. Salah dalam memberikan dosis 6. Salah orang 7. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

G. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

XI. GIZI

A. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	**Pemberi Pelayanan Gizi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di instalasi gizi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

C. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	**Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien**
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

D. 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 pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

E. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	**Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien**
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisisen
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 rumahsakit)
Frekuensi pengumpulan 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	≤20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

F. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi

Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi

XII. TRANSFUSI DARAH

A. Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah

Judul	**Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas

XII. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

A. Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin

Judul	**Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk pasien keluarga miskin
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul	Direktur Rumah Sakit

data	

B. Kebijakan RS untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Judul	**Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Miskin
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

C. Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan

Judul	**Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvey
Sumber data	Survey Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan

Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

D. Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin

Judul	**Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin**
Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Jaminan tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien keluarga miskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang tidak dikenakan biaya tambahan dikurangi jumlah pasien keluarga misikin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin
Sumber data	Survey Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

E. Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani

Judul	**Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani**
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu jemkesmas atau jamkesda yang bekerjasama dengan RS Ken Saras
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

F. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XIII. REKAM MEDIK

A. Pemberi Pelayanan Rekam Medis

Judul	**Pemberi Pelayanan Rekam Medis**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rekam medis adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi rekam medis rumah sakit

Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

B. 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 medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan 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 survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

C. 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 medis 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 analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

D. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey

Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

E. Kelengkapan Informed Concent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	**Kelengkapan Informed Concent 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 medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Concent 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

F. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XIV. Pengolahan limbah

A. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	**Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit**
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Terkelolanya limbah rumah sakit sesuai peraturan perundangan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Instalasi Sanitarian Rumah Sakit

B. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	**Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratanPermenkes No

	1204 thn 2004
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Instalasi Sanitarian Rumah Sakit

C. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	**Pengelolaan Limbah Cair**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitair di rumah sakit

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan PermenkesNo 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Instalasi Sanitarian Rumah Sakit

D. Pengelolaan Limbah Padat

Judul	**Pengelolaan Limbah Padat**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggungjawab Instalasi Sanitarian Rumah Sakit

E. 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, ammonia < 0.1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
frekuensi pengumpulan data	3 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggungjawab Instalasi Sanitarian Rumah Sakit

XV. Administrasi manajemen

A. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	**Kelengkapan Pengisian Jabatan**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancarana administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan structural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan

Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi
Denominator	Jumlah posisi jabatan structural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

B. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	**Peraturan Internal Rumah Sakit**
Dimensi mutu	Efektivitas

Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis
Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis di rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

C. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	**Peraturan Karyawan Rumah Sakit**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumah sakit dan keseimbangan kesejahtaraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karaywan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan.

frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

D. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	**Daftar Urutan Kepangkatan**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasrkan system karir dan prestasi kerja.
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan

Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dan di update tiap 6 bulan
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

E. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	**Perencanaan Strategis Rumah Sakit**

Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan misi
Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Perencanaan Strategi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

F. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	**Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM

frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

G. 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 rumahsakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

H. 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 analisis	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 Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

I. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	**Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala**
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala hádala kenaikan gaiji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)

Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan 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 Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

J. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	**Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM**
Dimensi mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi tehnis dan tercapainya pengembangan karir SDM
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan

K. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	**Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit

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 analisis	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

L. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	**Kecepatan 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 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 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	≤ 2 jam

Penanggung jawab	Bagian Keuangan

M. 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	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

N. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	**Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja**

Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapain indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumahsakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipesyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan 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 Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

O. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	**Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun**
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia

Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

P. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	**Ketepatan Waktu Pemberian Insentif**
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	Tiga bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XVI. Ambulance/Kereta Jenazah

A. Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	**Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah**
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Waktu ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

B. Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	**Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans/mobil jenazah yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	tenaga yang memberikan pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir ambulans/mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

C. Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	**Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah**
Dimensi mutu	akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

D. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah di Rumahsakit

Judul	**Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumahsakit**
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance

E. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	**Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan**
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance/mbobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulance/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans/mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance

F. Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian

Judul	**Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian**
Dimensi mutu	keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang aman
Definisi operasional	Kecelakaan ambulans/mobil jenazah adalah kecelakaan akibat penggunaan ambulans/mobil jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan dan/atau kematian bagi penumpang dan/atau masyarakat
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan

Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dikurangi jumlah kejadian kecelakaan pelayanan mabulans yang berakibat kematian/kecacatan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dalam satu bulan
Sumber data	Bidang Umum
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

G. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XVII. PeRAWATAN jenazah

A. Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	**Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan perawatan jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Perawatan jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan keluarga
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Waktu ketersediaan perawatan jenazah

Denominator	Tidak ada
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

B. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah**
Dimensi Mutu	Akses, efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan kamar jenazah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan kamar jenazah adalah ruang, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan, dan peralatan pelayanan kamar jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Kamar Jenazah
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

C. Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah

Judul	**Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah**
Dimensi Mutu	Akses, Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah
Definisi Operasional	Tenaga pelayanan perawatan jenazah adalah tenaga yang ditunjuk melalui SK direktur untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga pemberi pelayanan perawatan jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan dan ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

D. Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	**Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total jenazah yang dirawat tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

E. Perawatan Jenazah Sesuai Universal Precaution

Judul	**Perawatan Jenazah Sesuai Universal Precaution**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah yang aman
Definisi Operasional	Universal Precaution adalah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan universal precaution
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

F. Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi perawatan jenazah terhadap identitas pasien
Definisi operasional	kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah jenazah yang salah identifikasi
Denominator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Perawatan Jenazah

G. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari keluarga yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XVIII. Pelayanan Laundry

A. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Judul	**Ketersediaan Pelayanan Laundry**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit atau dipihak ketigakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

B. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry

Judul	**Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry**
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab penyediaan linen di rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pelayanan Laudry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan penyediaan linen di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pelayanan Laundry
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

C. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	**Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan Laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry
Denominator	Tidak ada

Sumber data	Inventaris Instalasi Laundry
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

D. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan

Judul	**Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan**
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	Julah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

E. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	**Ketepatan pengelolaan linen infeksius**
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Terkendalinya infeksi di rumah sakit akibat linen infeksius
Definisi operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

F. Ketersediaan Linen

Judul	**Ketersediaan Linen**
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di rumah sakit
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di rumah sakit
Sumber data	Inventaris Instalasi laundry
Standar	2,5 – 3 untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

G. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	**Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi**
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen steril di rumah sakit
Definisi operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi
Denominator	Jumlah permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi
Sumber data	Instalasi laundry
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

XIX. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

A. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	**Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit**
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasaran rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

B. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	**Ketersediaan Bengkel Kerja**
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan di rumah sakit
Definisi Operasional	Bengkel Kerja adalah Tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin, dan peralatan yang ada di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya bengkel kerja
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

C. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	**Waktu Tanggap Kerusakan Alat**
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk 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 IPRS

D. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	**Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat**
Dimensi mutu	efektivitas, 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 IPRS

E. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan loleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Waktu Pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggungjawab Aset

F. Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	**Alat Ukur dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu**
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan loleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat ukur yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab Aset

XX. Pencegahan pengendalian infeksi

A. **Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih**

Judul	**Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih**
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim Pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

B. **Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departemen**

Judul	**Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)**
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumahsakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survey
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

C. **Rencana Program PPI**

Judul	**Rencana Program PPI**
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

D. **Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana**

Judul	**Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana**
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu enam bulan
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

E. **Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas**

Judul	**Penggunaan APD saat melaksanakan tugas**
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
Definisi operasional	Alat Pelindung Diri alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumahsakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survey observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

F. **Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit**

Judul	**Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit**
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di rumahsakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan factor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di rumahsakit, minimal satu parameter dari ILO< ILI< VAP< ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survey
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

Keterangan Istilah pada Tabel:

1. Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan oleh Rumah sakit kepada masyarakat.
2. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, dimana tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
3. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO (World Health Organization).
4. Definisi operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
5. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
6. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kejadian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
7. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang rumus indikator kinerja.
8. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
9. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
10. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan dengan persoalan.
11. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan.

BUPATI BANGKA TENGAH,

-dto-

ALGAFRY RAHMAN

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KAB. BANGKA TENGAH,



EKA BUDIANTA, MH
PENATA Tk.I
NIP. 19890501 201501 1 001