WALI KOTA TARAKAN

PROVINSI KALIMANTAN UTARA

PERATURAN WALI KOTA TARAKAN

NOMOR 38 TAHUN 2019

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM KOTA TARAKAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

WALI KOTA TARAKAN

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Kota Tarakan;

Mengingat :

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1997 Tentang Pembentukan Kotamadya Daerah II Tarakan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3711);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah

dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM KOTA TARAKAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Tarakan.
2. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintah yang menjadi kewenangan daerah otonom Kota Tarakan.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Tarakan.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
5. Rumah Sakit Umum yang selanjutnya disingkat RSU adalah Rumah Sakit Umum Kota Tarakan.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM RSU adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, yang merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

Pasal 2

(1) SPM BLUD RSU digunakan sebagai pedoman bagi BLUD RSU dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

(2) SPM BLUD RSU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

BAB II

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Pasal 3

(1) Jenis – jenis pelayanan rumah sakit minimal yang disediakan meliputi :

a. Pelayanan gawat darurat
b. Pelayanan rawat jalan
c. Pelayanan rawat inap
d. Pelayanan bedah
e. Pelayanan persalinan dan perinatologi
f. Pelayanan intensif
g. Pelayanan radiologi
h. Pelayanan laboratorium patologi klinik
i. Pelayanan rehabilitasi medik
j. Pelayanan farmasi
k. Pelayanan gizi
l. Pelayanan transfusi darah
m. Pelayanan keluarga miskin
n. Pelayanan rekam medis
o. Pengelolaan limbah
p. Pelayanan administrasi manajemen
q. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
r. Pelayanan pemulasaraan jenazah
s. Pelayanan laundry
t. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
u. Pencegah Pengendalian Infeksi

(2) Uraian dan Jenis Layanan Standar Minimal sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) diatas tercantum pada lampiran Peraturan Walikota sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini.

BAB III
PELAKSANAAN DAN PEMBINAAN

Pasal 4

(1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang disusun dan disahkan oleh Wali Kota.

(2) Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal

(3) Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota

Pasal 5

Pembinaan dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:

a. Perhitungan kebutuhan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal
b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target PM
c. Penilaian pengukuran kinerja
d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

BAB IV
MONITORING DAN EVALUASI
Bagian Kesatu
Monitoring

Pasal 6

(1) Wali Kota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal.

(2) Wali Kota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan.

Bagian Kedua
Evaluasi

Pasal 7

(1) Pencapaian SPM BLUD RSU dievaluasi oleh Tim yang ditetapkan oleh Wali Kota sekurang-kurangnya sekali dalam satu tahun;
(2) Hasil evaluasi selanjutnya disampaikan kepada Wali Kota;
(3) Hasil rekomendasi dari Wali Kota ditindaklanjuti oleh RSU.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 8

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tarakan.

Ditetapkan di Tarakan
pada tanggal 26 Desember 2019

WALI KOTA TARAKAN,

KHAIRUL

Diundangkan di Tarakan
pada tanggal 26 Desember 2019

Plt. SEKRETARIS DAERAH KOTA TARAKAN,

SUPARLAN

BERITA DAERAH KOTA TARAKAN TAHUN 2019 NOMOR 266

LAMPIRAN
PERATURAN WALIKOTA TARAKAN
NOMOR 38 TAHUN 2019
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM KOTA TARAKAN

1. Indikator, Standar dan Batas Waktu Setiap Jenis Pelayanan

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100%	Instalasi Gawat Darurat
			2. Pemberi pelayanan kegawat- daruratan bersertifikat (ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD/GELS)yang masih berlaku	100%	
			3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim	
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	
			6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤ 8jam)	≤ 2 perseribu	
		Outcome	8. Kepuasan pasien	≥ 70 %	
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS	Instalasi Rawat Jalan
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	
			5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	
			6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	
		Output	8. Peresepan obat sesuai formularium	100%	
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%	
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 90 %	
3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS	Instalasi Rawat Inap
			2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100%	
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	
			6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh*	≤ 5 %	
			13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90 %	
4	Pelayanan bedah sentral	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	Instalasi Bedah Sentral
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS	
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas RS	
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	
			9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
5	Persalinan dan perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan	Persalinan dan perinatologi
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Terlatih	
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An	
			5. Kemapuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	
				100%	
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20 %	
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih		
			8. Konseling peserta KB mantap	100%	
			oleh bidan terlatih	100%	
		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	a. perdarahan ≤1 %	
				b. pre-kklampsia ≤ 30%	
				c. Sepsis ≤0,2 %	
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 80 %	
6	Pelayanan intensif	Input	1. Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU	ICU (Intensif Care Unit)
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	
			3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	
		Proses	4. Kepatuhan terhadap *hand hygiene*	100%	
			5. Kejadian infeksi nosokomial	<21 %	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	
7	Pelayanan radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	Radiologi
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS	
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	
			4. Kerusakan foto	≤ 2 %	
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
8	Pelayanan patologi klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS	Instalasi Laboratorium
			2. Fasilitan dan peralatan	Sesuai kelas RS	
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit	
			4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	
			5. Kemampuan memeriksa HIV - AIDS		
			6. Kemampuan Mikroskopis TB Paru		
				Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	
		Output	7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium		

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
			8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter spesialis patologi klinik	
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan	100%	
			baku mutu eksternal	100%	
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
9	Pelayanan rahabilitasi medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit	Rehabilitasi Medik
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi me`dis	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit	
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	
		Output	4. Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %	
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	Farmasi
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan *updated* paling lama 3 thn	
		Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	
			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
11	Pelayanan gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan	Gizi
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Tersedia	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90 %	
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	
		Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20 %	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
12	Pelayanan transfusi darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	Bank darah
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	
		Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	
		Output	4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
13	Pelayanan pasien keluarga miskin	Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia Ada	Rekam Medik
			2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin		
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	
			4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	
		Output	5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
14	Pelayanan rekam medik	Input	1. Pemberi pelayanan Rekam medik	Sesuai persyaratan	Rekam medik
		Proses	2. Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan	≤ 10 menit	
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	
			5. Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
15	Pengelolaan limbah	Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	IPSRS
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit:padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	
		Proses	3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan	
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	
16	Administrasi dan manajemen	Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	Administrasi dan manajemen
			2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	
			3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	
			4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	
			5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	
			6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	
			8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	
			9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	
			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	
			11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	
			12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	
		Output	*13. Cost recovery*	≥ 60 %	
			14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	
			15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	
			16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	
17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	Pemulasaran Jenazah
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	supir ambulans terlatih	
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah	
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
18	Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam	Pemulasaran Jenazah
			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit	
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	
		Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenzah	
			5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	
			6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
19	Pelayanan laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Pelayanan laundry
			2. Adanya Penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur	
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	
		Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	
			5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	
		Output	6. Ketersediaan linen	2, 5 - 3 set x jumlah tempat tidur	
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1. Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur	IPSRS
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	
		Proses	3. Waktu tanggap kerusakan alat≤ 15 menit	≥ 80 %	
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	
		Output	6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	PPI
			2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	≥60 %	
			3. Rencana program PPI	Ada	
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	
			5. Penggunaan APD saat	100%	
			melaksanakan tugas		
		Output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ *health care associated infection* (HAI) di rumah sakit.	≥ 75%	
22	Pelayanan Keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	Keamanan
			2. Sistem pengamanan	Ada	
		Proses	3. Petugas Keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam	
			4. Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pasien	≥ 90%	

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD/GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

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

4. 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

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Judul	**Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan 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	Sampel
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu / panitia mutu

6. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

Judul	**Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka**
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian Pasien di IGD

Judul	**Kematian Pasien ≤ 8 jam di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Efektivitas 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 dating
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien dating
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik

Standar	≤2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. 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 disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (*minimal n* = 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/ panitia mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. 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

2. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	**Pemberi pelayanan di klinik spesialis**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan *clinical 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 kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3. **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 antara pukul 08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at pukul 08.00 - 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

4. **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 disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei

Sumber data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	**Penegakan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis**
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kesinambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberkulosis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya *Mycobacterium tuberculosis* melalui 3x 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 medik pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

6. 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 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakaan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan 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

7. 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 Councelling 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

8. 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	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

9. 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

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

2. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	**Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi 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

3. 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 di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

4. 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	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

5. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	**Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 medic
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

6. 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 tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00

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

9. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh**
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.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

10. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	**Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan StrategiDOTS**
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. Penegakan 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

11. 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 medik pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

12. Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh

Judul	**Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh**
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	pulang sebelum sembuh 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 sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

13. 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 medik
Standar	≤ 24/1000 (internasional) atau ≤ 25/1000 (Indonesia)
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

14. 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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. Ketersediaan Tim Operator

Judul	**Ketersediaan Tim Operator**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
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 instrumen 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 (Beban kerja)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi

Judul	**Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit 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

3. Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif

Judul	**Kemampuan melakukan tindakan operatif**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
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

4. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	**Waktu Tunggu Operasi Elektif**
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 medik
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

5. 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 medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6. 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 medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah 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 medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

8. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien SetelahOperasi

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 medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala intalasi bedah sentral/komite medis

9. 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 medik
Standar	≤6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

10. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	**Kejadian Kematian Di Meja Operasi**
Dimensi mutu	keselamatan, efektivitas
Tujuan	tergambarkannya efektivitas 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 medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	≤1 %
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

11. 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 persen)
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 rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)

1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	**Pemberi Pelayanan Persalinan Normal**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi menolong persalinan
Denominator	Jumlah seluruh dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian, SMF Kebidanan

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	**Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, dokter 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 preeklampsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat terlatih
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medik, SMF Kebidanan
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	**Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dokter yang memberikan pelayanan dengan tindakan operasi
Denominator	Tim yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medik, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggun g jawab	Kepala SMF Kebidanan

4. Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr - 2500 Gr

Judul	**Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr - 2500 Gr**
Dimensi mutu	Efektivitas 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 medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

5. Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksia

Judul	**Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksia**
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Definisi operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksia 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 medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	**Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam periode yang sama
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Komite mutu

7. PelayananKontrasepsiMantapYangDilakukanOlehTenagaKompeten

Judul	**Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, 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	Ketua komite mutu/tim mutu

8. PelayananKonselingPadaAkseptorKontrasepsiMantap

Judul	**Pelayanankonselingpadaakseptorkontrasepsimantap**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, 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 terlatih dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

9. 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, preeklampsia, eklampsia, dan sepsis. **Pendarahan** adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. preeklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg • Proteinuria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • 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, preeklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medik Rumah Sakit
Standar	**Pendarahan≤1%,preeklampsia≤30%,Sepsis≤0,2%**
Penanggung jawab	Komite medic

10. 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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggu ng jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

1. Pemberi PelayananIntensif

Judul	**Pemberi Pelayanan Intensif**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
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	1
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan intensif
Denominator	1
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

5. 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 rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam periode yang sama
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

6. 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	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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 periode yang sama
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤3 %
Penanggun g jawab	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

1. Pemberi PelayananRadiologi

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

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas

Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit 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 radiografi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	**Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax**
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 medik
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

6. **Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen**

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

7. **Kepuasan Pelanggan**

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUMPATOLOGI KLINIK

1. Pemberi Pelayanan Patologi Klinik

Judul	**Pemberi Pelayanan Patologi Klinik**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
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	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi laboratorium
Standar	Dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggun g jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas

Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit 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 Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laboratorium
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	**Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium**
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel 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 disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei

Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

4. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan**
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan spesimen laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya spesimen 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 spesimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah spesimen yang tertukar
Denominator	jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi laboratorium

5. Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS

Judul	**Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS**
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa HIV-AIDS
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV / AIDS adalah pemeriksaan skrining HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV / AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV / AIDS

Denominator	1
Sumber data	Rekam medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

6. Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru

Judul	**Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru**
Dimensi mutu	Efektivitas 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	1
Sumber data	Rekam medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

7. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	**Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana 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.

Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium 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 diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

10. 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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris instalasi rehabilitasi medik
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. 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 medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

4. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	**Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan**

Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
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 medik
Standar	≤50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

5. 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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

X. FARMASI

1. Pemberi PelayananFarmasi

Judul	**Pemberi Pelayanan Farmasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
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	1
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. KetersediaanFasilitasDanPeralatanPelayananFarmasi

Judul	**Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit 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	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3. 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 rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	1
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	**Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi**
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

5. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	**Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan**
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat 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 disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

6. 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 : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

7. 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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

XI. GIZI

1. Pemberi PelayananGizi

Judul	**Pemberi Pelayanan Gizi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas

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	1
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	**Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit 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	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

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

4. 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 disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei

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

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah

Judul	**Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bank darah
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan bank darah adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan bank darah rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di bank darah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Bank Darah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/ Penanggung Jawab Bank Darah

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas

Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bank darah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan bank darah adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bank darah sesuai dengan persyaratan dalam Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan Bank Darah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Sesuai dengan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/ Penanggung Jawab Bank Darah

3. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	**Kejadian Reaksi Transfusi**
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medic
Standar	≤0,01 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

4. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	**Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi**
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei

Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

XIII. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

1. 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	1
Sumber data	Jamkesmas/Jamkesda
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

2. 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	1
Sumber data	Arsip SK
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

3. 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 disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

4. 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 miskin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. 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 Jamkesmas atau jamkesda yang bekerjasama dengan RS
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

6. 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
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XIV. REKAM MEDIK

1. Pemberi Pelayanan Rekam medik

Judul	**Pemberi Pelayanan Rekam medik**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam medik
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan Rekam medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan Rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi Rekam medik rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rekam medik Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam medik

2. 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 medik rawat jalan adalah dokumen Rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai Rekam medik disediakan/ ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan Rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / di ruang Rekam medik untuk pasien lama
Standar	≤10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	**Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap**

Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen Rekam medik rawat inap adalah dokumen Rekam medik 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 medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei
Standar	≤15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam medik

4. 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 medic
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 disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik/wadir pelayanan medic

5. 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 disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi mutu	Kenyamanan

Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

2. 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 rumah sakit 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 persyaratan Permenkes 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	1
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	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

3. 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 sanitasi di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

4. 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 sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi / Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

5. **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 ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9, 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	Kepala IPSRS

XVI. **Administrasi manajemen**

1. **Kelengkapan Pengisian Jabatan**

Judul	**Kelengkapan Pengisian Jabatan**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan struktural 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 sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2. 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	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

3. 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 karyawan 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	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

4. Daftar UrutanKepangkatan

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 berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja.
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dan di-*update* tiap 6 bulan
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

5. 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	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

6. 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	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

7. **Tindaklanjutpenyelesaianhasilpertemuantingkatdireksi**

Judul	**Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan 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

8. **KetepatanWaktu PengusulanKenaikanPangkat**

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 dalamsatutahunyaitubulanAprildanOktober
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

9. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

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

10. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	**Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM**
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi teknis 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

11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	**Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi 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
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

12. 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

13. *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

14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	**Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja**
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator- indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan 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

15. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

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

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

16. 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 rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	3
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XVII. **Ambulans/Kereta Jenazah**

1. **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	ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaraan Jenazah

2. **Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah**

Judul	**Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
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	1
Sumber data	Kepegawaian

Standar	Supir ambulans/mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

3. 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	1
Sumber data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab	Kepala IGD

4. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	**Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit**
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/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 ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans

5. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumahsakit

Judul	**Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan**
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans/ mbobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/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 ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans

Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/ pengunjung/ karyawan
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

6. Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan

Judul	**Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan**
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/ keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Bagian umum

WALIKOTA TARAKAN

KHAIRUL