



GUBERNUR BALI

PERATURAN GUBERNUR BALI

NOMOR 59 TAHUN 2025

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH BALI MANDARA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR BALI,

- Menimbang : a. bahwa untuk menjamin pelayanan yang bermutu dan berkeadilan demi meningkatkan percepatan kesehatan masyarakat pada pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Bali mandara, perlu ditetapkan Standar Pelayanan Minimal;
- b. bahwa pemerintah Provinsi Bali telah menetapkan Peraturan Gubernur Bali Nomor 47 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali yang saat ini sudah tidak sesuai dengan kondisi dan kebutuhan, sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2023 tentang Provinsi Bali (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6871);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6687);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 615);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 340);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 204);
14. Peraturan Gubernur Bali Nomor 40 Tahun 2022 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit di Lingkungan Pemerintah Provinsi (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2022 Nomor 41) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Gubernur Bali Nomor 27 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Nomor 40 Tahun 2022 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit di Lingkungan Pemerintah Provinsi (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2022 Nomor 30);
15. Peraturan Gubernur Bali Nomor 73 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2022 Nomor 74) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Gubernur Bali Nomor 14 Tahun 2025 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Gubernur Nomor 73 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2025 Nomor 17);

## MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALI MANDARA.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud:

1. Provinsi adalah Provinsi Bali.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Bali.
3. Gubernur adalah Gubernur Bali.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali.
5. Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit.

6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
8. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan penunjuk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar *World Health Organization*.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
11. Indikator Kinerja yang selanjutnya disebut Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

## Pasal 2

- (1) Peraturan Gubernur ini dimaksudkan sebagai pedoman Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Gubernur ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin Mutu Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.

## Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Gubernur ini meliputi :

- a. jenis pelayanan, indikator, nilai, batas waktu pencapaian dan uraian SPM;
- b. pelaksanaan;
- c. penerapan;
- d. pembinaan; dan
- e. pendanaan.

BAB II  
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, NILAI, BATAS WAKTU  
PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 4

Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan secara terpadu.

Bagian Kedua  
Jenis Pelayanan

Pasal 5

Jenis Pelayanan Rumah Sakit meliputi:

- a. gawat darurat;
- b. rawat jalan;
- c. rawat inap;
- d. bedah sentral;
- e. persalinan dan perinatologi;
- f. intensif;
- g. radiologi;
- h. laboratorium patologi klinik;
- i. rehabilitasi medik;
- j. farmasi;
- k. gizi;
- l. transfusi darah;
- m. pasien dari keluarga miskin;
- n. rekam medik;
- o. pengelolaan limbah;
- p. administrasi manajemen;
- q. *ambulance*/kereta jenazah;
- r. pemulasaraan jenazah;
- s. pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
- t. *laundry*; dan
- u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Ketiga  
Indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian  
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 6

Indikator, nilai, batas waktu pencapaian dan uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

### BAB III PELAKSANAAN

#### Pasal 7

- (1) Rumah Sakit berkewajiban melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur bertanggung jawab atas pelayanan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### BAB IV PENERAPAN

#### Pasal 8

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan tahunan Rumah Sakit berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan tahunan rumah sakit berdasarkan SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan sesuai dengan SPM.

### BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Bagian Kesatu Pembinaan

#### Pasal 9

- (1) Gubernur melalui perangkat daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan melakukan pembinaan terhadap pelaksanaan SPM.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

## Bagian Kedua Pengawasan

### Pasal 10

- (1) Gubernur melalui dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan berdasarkan SPM pada Rumah Sakit.
- (2) Bentuk pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
  - a. pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan dan pencapaian indikator SPM;
  - b. evaluasi hasil pelaksanaan SPM;
  - c. audit internal;
  - d. pelaporan berkala; dan
  - e. pemberian rekomendasi.

## BAB VI PENDANAAN

### Pasal 11

Pendanaan untuk pelaksanaan standar pelayanan minimal Rumah Sakit dalam Peraturan Gubernur ini bersumber dari:

- a. pendapatan operasional Rumah Sakit;
- b. anggaran pendapatan dan belanja daerah; dan/atau
- c. sumber-sumber lainnya yang sah dan tidak mengikat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB VII KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 12

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Bali Nomor 47 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal pada Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2017 Nomor 47), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 13

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Bali.

Ditetapkan di Denpasar  
pada tanggal 30 Desember 2025

GUBERNUR BALI,

ttd

WAYAN KOSTER

Diundangkan di Denpasar  
pada tanggal 30 Desember 2025

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI BALI,

ttd

DEWA MADE INDRA

BERITA DAERAH PROVINSI BALI TAHUN 2025 NOMOR 62

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum Setda Provinsi Bali



Ida Bagus Gede Sudarsana  
NIP. 19691010 199703 1 012

LAMPIRAN  
PERATURAN GUBERNUR BALI  
NOMOR 59 TAHUN 2025  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
BALI MANDARA PROVINSI BALI

A. JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	2	3	4
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	100 %
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70%
		7. Kematian pasien (< 24 jam)	≤ 2 perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2.	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%
		2. Ketersediaan pelayanan	100 %
		3. Jam buka pelayanan	100 %
		4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit
		5. Kepuasan ( Pelanggan )	≥ 90 %
		6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
		7. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%
		8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60%
3.	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan rawat inap	100%

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	2	3	4
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	100 %
		4. Jam visite dokter spesialis	100%
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%
		6. Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian	100%
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤0.24 % ≤ 2.4/1000 (internasional) atau ≤ 25/1000 (Indonesia)
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5%
		10. Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%
		11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
		12. Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%
		13. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis (TB) di Rumah Sakit	≥ 60%
		4.	Pelayanan Bedah Sentral
2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%		
3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%		
4. Tidak adanya kejadian operasi yang salah orang	100%		
5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%		
6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%		
7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 6%		
5.	Pelayanan Persalinan dan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Pendarahan ≤ 1%, preeklampsia ≤30%,

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	2	3	4
	Perinatologi		sepsis $\leq 0,2\%$
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	100%
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr	100%
		6. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	$\leq 20\%$
		7. Keluarga berencana mantap	100%
		8. Konseling KB mantap	100%
		9. Kepuasan pasien	$\geq 80\%$
6.	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama $< 72$ jam	$\leq 3\%$
		2. Pemberi pelayanan unit intensif	100%
7.	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>Thorax</i>	$\leq 3$ Jam
		2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i>	100%
		3. Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> (Kerusakan Foto)	$\leq 2\%$
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
8.	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia darah dan darah rutin)	$\leq 140$ menit
		2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	$\leq 50\%$
		2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
10.	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	$\leq 30$ menit
		2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	$\leq 60$ menit

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	2	3	4
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
		5. Penulisan resep sesuai formularium	100%
11.	Pelayanan Gizi	1. Ketepatan waktu dalam pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%
12.	Pelayanan Transfusi Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%
13.	Pelayanan Pasien dari Keluarga Miskin	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan	100%
14.	Pelayanan Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2. Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	100%
		2. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%
16.	Pelayanan Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60%
		6. <i>Cost Recovery</i>	≥ 40%

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	2	3	4
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%
17.	Pelayanan <i>Ambulance</i> / kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah	24 Jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /mobil jenazah di Rumah Sakit	100%
		3. <i>Response time</i> pelayanan <i>ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit
18.	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam
19.	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
20.	Pelayanan <i>Laundry</i>	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	75%
		2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	75%
		3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75%

B. URAIAN INDIKATOR

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life Saving* Anak dan Dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway</i> , <i>Breath</i> dan <i>Circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif pasien yang mendapatkan pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medis di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS

	ALS yang masih berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
<i>Denominator</i>	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. 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 penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu terhitung 1 Tim
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
<i>Denominator</i>	Tidak ada
Sumber data	Insatalasi Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan 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	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapatkan pelayanan dokter, $\leq 5$ menit terlayani setelah pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)
Sumber data	Sampel
Standar	$\leq 5$ menit

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
-----------------------------------	--------------------------------

6. 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei (minimal = 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 70%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang, ≤ 2 perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. 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	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di Poliklinik 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 PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah hari buka semua klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut, minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi Rumah Sakit : a. Klinik Anak, b. Klinik Penyakit

	Dalam, c. Klinik Kebidanan, d. Klinik Bedah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
<i>Denominator</i>	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3. Jam buka pelayanan

Judul	Jam buka pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. a. Layanan Poliklinik Pagi - Senin s/d Kamis : 07.30 – 15.30 Wita - Jumat : 07.30 – 13.00 Wita - Sabtu (Perjanjian) : 07.30 – 14.00 Wita b. Layanan Poliklinik Sore dari senin s/d Sabtu disesuaikan dengan jadwal jaga dokter spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### 1. Waktu tunggu di 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 $\leq 60$ menit.
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

<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei
Sumber data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit.
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

## 2. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

## 3. Pasien rawat jalan tuberkulosis 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 tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan

<i>Numerator</i>	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

4. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberkulosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

5. Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber data	Rekam medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi pelayanan di rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

#### 2. 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
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

#### 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit, dengan tersedianya

	minimal layanan kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
<i>Denominator</i>	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

#### 4. Jam *visite* dokter spesialis

Judul	Jam <i>visite</i> dokter spesialis
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	<i>Visite</i> dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis antara lain 08.00 sampai dengan 14.00 yang di survei
<i>Denominator</i>	Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> dokter spesialis yang di survei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

#### 5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pascaoperasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua katagori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kolor), kemerahan (rubor). Pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu 3x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi

	dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1.5 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

## 8. Kematian pasien &gt; 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, $\leq 0.24\% \leq 2.4/1000$ (internasional) atau $\leq 25/1000$ (Indonesia)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0.24\% \leq 2.4/1000$ (internasional) atau $\leq 25/1000$ (Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

## 9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang Paksa
Dimensi mutu	Efektivitas,kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

## 10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan

<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei ( dalam persentase)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberculosi s yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkolosis harus melalui pemeriksaan mikroskopos tuberkolosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkolosis yang sesuai standar penanggulangan tuberkolosis nasional dan semua pasien tuberkolosis yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan tuberkolosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkolosis yang ditangani dengan strategi DOTS
<i>Denominator</i>	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkolosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

12. Kegiatan penegakan diagnosis tuberkulosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

### 13. Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

## IV. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

### 1. 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 ≤ 2 hari
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas
Tujuan	Tergambarkannya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan keperdulian 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	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral

3. 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 di operasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya di operasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral

4. 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 <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral

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

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	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 <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral

## V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### 1. Kejadian kematian Ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, preeklampsia, eklampsia, <i>partus</i> lama dan sepsis.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 110 mmHg</li> <li>- Proteinuria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda – tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia, dan sepsis
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien – pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan ≤ 1%, preeklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

### 2. 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 Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan

<i>Numerator</i>	Jumlah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknik
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberian persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terlatih terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
<i>Denominator</i>	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

5. 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 analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
<i>Denominator</i>	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

6. Pertolongan persalinan melalui *Seksio Cesaria*

Judul	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi mutu	Efektivitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

7. Keluarga berencana mantap

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jenis pelayanan KB Mantap
<i>Denominator</i>	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam Medis dan laporan KB Rumah Sakit

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

8. Konseling KB mantap

Judul	Konseling KB mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB Mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah konseling layanan KB Mantap
<i>Denominator</i>	Jumlah peserta KB Mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

9. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persentase)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Ibu dan Anak

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang di rawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 %
Penanggung jawab pengumpulan data	IRIT

## 2. Pemberi pelayanan intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	IRIT

## VII. PELAYANAN RADIOLOGI

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan *Thorax* foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>Thorax</i> foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang di foto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 Jam

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi Radiologi
-----------------------------------	----------------------------

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan *rontgen*

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

3. Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen* (Kerusakan Foto)

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>
Definisi operasional	Kegagalan Pelayanan Rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register Radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi

Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

### VIII. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

#### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia darah dan darah rutin)

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas,kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi ≤ 140 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan dengan masa tunggu ≤ 140 menit
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 140 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

#### 2. 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.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di Instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 4. Kepuasan pelanggan

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

<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persentase)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

## IX. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

### 1. Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	6 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rehabilitasi medik

### 2. Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabiitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan

<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persentase)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

## X. PELAYANAN FARMASI

### 1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi ≤ 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

### 2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan $\leq 60$ menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	$\leq 60$ menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. 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 obat 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

### 4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persentase)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)

Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

5. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah resep yang diambil sesuai sampel yang sesuai formularium dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh resep yang ada sebagai sampel dalam 1 bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

XI. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien rawat inap yang di survei yan mendapat makanan tepat waktu dalam sat bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien rawat inap yang di survei
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisien pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang di survei dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah porsi makanan pasien pasien yang di survei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

### 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Kenyamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam pemberian diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

## XII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

### 1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

## 2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfuse 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 Analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

## XIII. PELAYANAN PASIEN DARI KELUARGA MISKIN

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

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN Yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas atau Jamkesda yang bekerjasama dengan RS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medis

## XIV. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan

Tujuan	Tergambarnya tanggungjawab dokter dalam kelengkapan informasi Rekam Medis
Definisi operasional	Rekam Medis yang lengkap adalah Rekam Medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq 24$ 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 <i>resume</i> .
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah Rekam Medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
<i>Denominator</i>	Jumlah Rekam Medis yang disurvei dalam rumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medis

2. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> 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	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang dibeikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medis

### 3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen Rekam Medis rawat jalan adalah dokumen Rekam Medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medis mulai dari pasien mendaftar sampai Rekam Medis disediakan/ditemukan oleh petugas $\leq 10$ menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam Medis sampel rawat jalan yang diamati
<i>Denominator</i>	Total sample penyediaan Rekam Medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ di ruang Rekam Medis untuk pasien lama
Standar	$\leq 10$ menit.
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medis

### 4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Rekam Medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen Rekam Medis rawat inap adalah dokumen Rekam Medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai Rekam Medis rawat inap tersedia di bangsal pasien $\leq 15$ menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam Medis rawat inap yang diamati
<i>Denominator</i>	Total sampel penyediaan Rekam Medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat inap

Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medis

## XV. PENGELOLAAN LIMBAH

### 1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD ( <i>biological oxygen demand</i> ) : 30 mg/liter COD ( <i>chemical oxygen demand</i> ) : 80mg/liter TSS ( <i>total suspended solid</i> ) : 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPSRS

### 2. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan – bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan atau dapat mencederai, antara lain : 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan

<i>Numerator</i>	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
<i>Denominator</i>	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPSRS

## XVI. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

### 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	indak 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 analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum

### 2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk 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 analisa	1 Tahun
<i>Numerator</i>	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
<i>Denominator</i>	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Tim Kerja Perencanaan, Pengembangan dan Pelaporan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Perencanaan dan Pengembangan

### 3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisien, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 Tahun
Periode analisa	1 Tahun
<i>Numerator</i>	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Tim Kerja Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum

### 4. 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	1 Tahun
Periode analisa	1 Tahun
<i>Numerator</i>	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Tim Kerja Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum

#### 5. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Pertahun

Judul	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 Tahun
Periode analisa	1 Tahun
<i>Numerator</i>	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh karyawan di Rumah Sakit
Sumber data	Tim Kerja Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum

#### 6. *Cost Recovery*

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pendapatan fungsioanal dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan

Sumber data	Tim Kerja Pendapatan, Akuntansi dan Aset
Standar	≥ 40 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Tim Kerja Pendapatan, Akuntansi dan Aset
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

8. 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 ≤ 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan

Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian insentif
<i>Denominator</i>	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

XVII. PELAYANAN *AMBULANCE* / KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan *ambulance*/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan <i>ambulance</i> / kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu pelayanan <i>ambulance</i> / kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan <i>ambulance</i> / kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien (24 jam).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan <i>ambulance</i> dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab <i>ambulance</i> /kereta jenazah

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan *Ambulance*/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Pemberian Pelayanan <i>Ambulance</i> /Mobil Jenazah Di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> /mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah, maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah penyediaan <i>ambulance</i> / kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh permintaan <i>ambulance</i> / kereta jenazah dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan penggunaan <i>ambulance</i> / mobil jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung jawab <i>ambulance</i> / Kereta Jenazah

3. *Response time* pelayanan *ambulance* oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	<i>Response time</i> pelayanan <i>ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Kenyamanan, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan <i>ambulance</i> /mobil jenazah
Definisi operasional	<i>Response time</i> pelayanan <i>ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan <i>ambulance</i> maupun penjemputan luar RS diajukan oleh keluarga/masyarakat sampai <i>ambulance</i> berangkat dari rumah sakit, tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah waktu tanggap pelayanan <i>ambulance</i> yang tepat waktu dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh permintaan <i>ambulance</i> dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan <i>ambulance</i> / mobil jenazah

Standar	≤ 30 Menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung jawab <i>ambulance</i>

### XVIII. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

#### 1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu Tanggap PemulaaraanJenasah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai jenazah mulai ditangani oleh petugas ≤ 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Seluruh jumlah permintaan pelayanan pemulazaraan janazah dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

### XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

#### 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPSRS
-----------------------------------	--------------

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

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

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>

Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi <i>laundry</i>

## 2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

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

## XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota tim ppi yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	1 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
<i>Denominator</i>	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

## 2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, Keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD disetiap instalasi Rumah Sakit
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisa	1 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
<i>Denominator</i>	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

## 3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (chek list) pada instalasi yang ada di rumah sakit, minimal satu parameter dari ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisa	1 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
<i>Denominator</i>	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

GUBERNUR BALI,

ttd

WAYAN KOSTER