



WALIKOTA BATAM

PERATURAN WALIKOTA BATAM
NOMOR: **2** TAHUN 2010

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KOTA BATAM

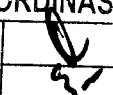
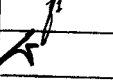
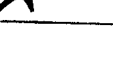
WALIKOTA BATAM,

- Menimbang: a. bahwa dengan ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 / Menkes / SK / II /2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum maka perlu adanya realisasi terhadap ketentuan tersebut di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam;
- b. bahwa untuk menindaklanjuti sebagaimana dimaksud pada huruf a tersebut diatas, selanjutnya perlu dibuat Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum di Kota Batam.

- Mengingat: 1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
3. Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
4. Undang-undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
5. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4421);

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

6. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintahan Pengganti Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menjadi Undang-undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4548);
7. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum,(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140,Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150,Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25,Tambahan Lembaran Negara Nomor 4614);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
14. Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam (Lembaran Daerah Kota Batam Tahun 2006 Nomor 1, Seri D);
15. Peraturan Daerah Kota Batam Nomor 1 Tahun 2007 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam (Lembaran Daerah Kota Batam Tahun 2007 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 42).

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

- Memperhatikan :
1. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik.
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
 3. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.
 4. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 Tentang Rumah Sakit.
 7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 129 Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Wajib.
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228 / Menkes/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Wajib dilaksanakan daerah.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA BATAM TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BATAM

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Batam.
2. Kepala Daerah adalah Walikota Batam.
3. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Kota Batam.
4. Pemerintah Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam system dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
5. Rumah Sakit Umum Daerah selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

- 6. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Kota Batam.
- 7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan administrasi manajemen.
- 8. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar 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 Umum Daerah Kota Batam kepada masyarakat.
- 9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
- 10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
- 11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, keselamatan, efisiensi, kenyamanan, kesinambungan, keamanan, kompetensi, pelayanan, teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar Word Healty Organization (WHO).
- 12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
- 13. Indikator Kinerja adalah variable 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.
- 14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
- 15. Defenisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
- 16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
- 17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
- 18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
- 19. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
- 20. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
- 21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA _____	
KASAG. _____	

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

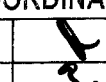
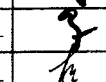
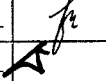
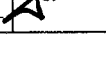
- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan sebagai panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN , INDIKATOR, STANDAR (NILAI),
BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Kota Batam mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitative) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis-jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - 1. Pelayanan Gawat Darurat
 - 2. Pelayanan Rawat Jalan
 - 3. Pelayanan Rawat Inap
 - 4. Pelayanan Bedah
 - 5. Pelayanan Persalinan, KIA, Perinatologi, dan KB
 - 6. Pelayanan Radiologi
 - 7. Pelayanan Laboratorium
 - 8. Pelayanan Farmasi
 - 9. Pelayanan Gizi
 - 10. Pelayanan Rekam Medik
 - 11. Pelayanan Administrasi dan Manajemen
 - 12. Pelayanan Loundri
 - 13. Pelayanan Ambulance

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KAPAG _____	

Bagian kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

- (1) RSUD menyelenggarakan Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) berdasarkan kepada Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian standar Pelayanan Minimal terlampir dalam lampiran Peraturan Walikota ini.
- (2) Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), termuat dalam lampiran yang tidak terpisahkan dalam Peraturan ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

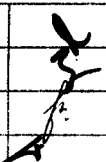
- (1) RSUD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Walikota Batam ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

BAB V

PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) Direktur atau Pimpinan RSUD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KATAG. _____	

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Bagian kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 1. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 2. Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 3. Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 4. Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawasan dan Biaya Operasional

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktorat atau Pimpinan RSUD.

Pasal 9

- (1) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat Pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

Pasal 11

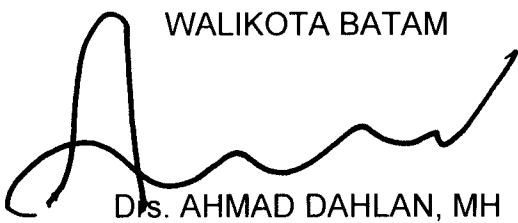
Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

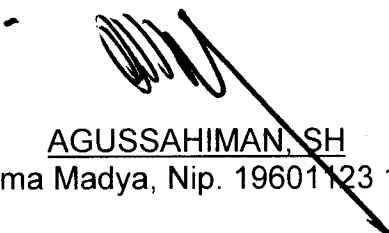
Peraturan Walikota ini berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Batam.

Ditetapkan di Batam
Pada tanggal 18 Januari 2010

WALIKOTA BATAM

Dis. AHMAD DAHLAN, MH

Diundangkan di Batam
Pada tanggal 18 Januari 2010

SEKRETARIS DAERAH KOTA BATAM


AGUSSAHIMAN, SH
Pembina Utama Madya, Nip. 19601123 198503 1 009

BERITA DAERAH KOTA BATAM TAHUN 2010 NOMOR 105

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR
DAN STANDAR

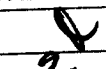
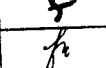
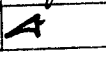
No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan Menangani life saving di Gawat Darurat	100%	3 tahun
		Jam buka Pelayanan kegawat darurat 24 jam	100%	1 tahun
		Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/PPGD/ATLS/ACLS	100%	2 tahun
		Waktu tanggap pelayanan Dokter Gawat Darurat	≤ 5 menit	2 tahun
		Kepuasan Pelanggan pada Gawat darurat	≥ 70 %	2 tahun
		Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2 %	3 tahun
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	1 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	Dokter spesialis	1 tahun
		Ketersediaan pelayanan sesuai dengan rumah sakit kelas D plus	Klinik : Anak, Kebidanan, Penyakit Dalam, Bedah, Mata, Kulit, THT, Gigi	1 tahun
		Buka Pendaftaran sesuai ketentuan	Senin-Kamis : 08.00-12.00 setiap hari kerja. Jumat: 08.00-11.00	1 tahun
		Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 menit	4 tahun

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

		Kepuasan Pelanggan	≥ 90 menit	4 tahun
		a. Penegakkan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	3 tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	3 tahun
3	Rawat Inap	Pemberi Pelayanan di Rawat inap	Dr. Spesialis Perawat minimal pendidikan D3	3 tahun
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	1 tahun
		Ketersediaan Pelayanan Rawat inap sesuai dengan RS kelas D	Anak, Kebidanan, Penyakit Dalam, Bedah	1 tahun
		Jam visite dr. Spesialis	8.00-14.00 wib setiap hari kerja	1 tahun
		Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1.5 %	3 tahun
		Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1.5 %	3 tahun
		Tidak adanya kejadian Pasien Jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 %	1 tahun
		Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24%	3 tahun
		Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	3 tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	3 tahun
		Rawat inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %	3 tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b. ≥ 60 %	3 tahun
4	Bedah	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	3 tahun
		Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	5 tahun

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

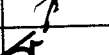
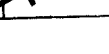
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	1 tahun
		Tidak ada nya keajadian salah tindakan pada operasi	100 %	1 tahun
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	1 tahun
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	2 tahun
5	Persalinan perinatologi , KIA dan KB	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Preeklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	4 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	1 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	3 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter SP.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	2 tahun
		Kemampuan Menangani BBLR 1500gr-2500gr	100 %	4 tahun
		Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	5 tahun

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

		Keluarga berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.OG,dr.Sp.B,dr.SP.U,dr. umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100 %	5 tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	3 tahun
6	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	1tahun
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad	5 tahun
		Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	2 tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	3 tahun
7	Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah &darah rutin	1 tahun
		Pelaksana ekspertise	Dr. SpPK	5 tahun
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	3 tahun
8	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan		
		a. Resep obat jadi	≤ 30 menit	3 tahun
		b. Resep obat racikan	≤ 60 menit	3 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	2 tahun
		Penulisan resep sesuai formularium	100%	5 tahun
9	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	2 tahun
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	2 tahun

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 95 %	2 tahun
		Jumlah permintaan makanan yang terlayani	100 %	2 tahun
		Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani	≥ 90%	2 tahun
		Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani	≥ 90%	2 tahun
10	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	3 tahun
		Kelengkapan informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	3 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 15 menit	3 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	3 tahun
11	Administrasi dan manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	3 tahun
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	3 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	2 tahun
		Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	2 tahun
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 50 %	3 tahun
		Cost recovery	≥ 40 %	3 tahun
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	3 tahun
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	3 tahun
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (jasa medis, insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	3 tahun

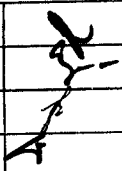
PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

12	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	3 tahun
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap	100%	3 tahun
13	Ambulance	Waktu pelayanan ambulance	24 jam	5 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance	≤ 30 menit	2 tahun

WALIKOTA BATAM



Drs. AHMAD DAHLAN, MH

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS. _____	
KA. _____	
KABAG. _____	

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat

Judul	: Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
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, Breath, Circulation,</i>
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
Periode analisis	: 3 Bulan sekali
Numerator	: Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Sumber data	: Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

2. Jam Buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	: Jam Buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi mutu	: Keterjangkauan
Tujuan	: Terjangkaunya pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Definisi Operasional	: Jam buka 24 jam adalah Gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
Periode analisis	: 3 Bulan sekali
Numerator	: Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	: Laporan Bulanan
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS

Judul	:	Pemberi Pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten di gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 Bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan gawat darurat
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	:	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan yang cepat dan, resportif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 Bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal 50)
Sumber data	:	Sampel
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

5. 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 di diberikan.
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
Periode analisis	: 3 Bulan sekali
Numerator	: Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	: Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal 50)
Sumber data	: Survey
Standar	: $\geq 70 \%$
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu

6. 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 setelah pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 2 per seribu
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	:	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	:	Kompetensi Teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik Spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan spesialis privilege yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	Dokter spesialis
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

7. Tidak adanya keharusan untuk 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 diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

PARAF KOORDINASI			
SEKDA			
ASS			
KA			
KABAG			

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	: Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	: Akses
Tujuan	: Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	: Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 Bulan
Numerator	: Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada kualitatif
Denominator	: Tidak ada
Sumber data	: Register rawat jalan
Standar	: Klinik : Anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah, syaraf, gigi, mata, Kulit, THT, anastesi, , medical chekup.
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	: Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi mutu	: Akses
Tujuan	: Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	: Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 Bulan
Numerator	: Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	: Register rawat jalan
Standar	: Senin – Kamis : 08.00 – 13.00, Jum'at – Sabtu : 08.00 – 11.00
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	: Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi mutu	: Akses
Tujuan	: Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.
Definisi Operasional	: Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey.
Sumber data	: Survey pasien rawat jalan
Standar	: ≤ 60 menit
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

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

6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	: Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	: Akses, efesiensi
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	: Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan micros-kopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan dengan standard penanggulangan tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap 3 bulan
Periode analisis	: Tiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS.
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang di tangani rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	: Register Rawat Jalan, register TB 03 UPK
Standar	: 100%
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

7. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	: Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	: Efektivitas, Keselamatan
Tujuan	: Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	: Penegakan diagnosis pasti melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	: Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: 60 %
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di rawat inap

Judul	:	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	a. Dokter b. Perawat (minimal pendidikan D3
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis 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 jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan.
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	60 %
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

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 dikoordinasi 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 analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100%
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada dirumah sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring dirumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (Kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	Pelayanan spesialis : anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah, syaraf, gigi, mata, kulit, THT, anastesi.
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

PARAF KOORDINASI			
SEKDA.			
ASS.			
KA.			
KABAG.			

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	: Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	: Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.
Definisi Operasional	: Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisis	: Tiap bulan
Numerator	: Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	: Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	: Survei
Standar	: Jam 08.00 – 14.00
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA	
KABAG.	

5. Kejadian Infeksi Paska Operasi

Judul	: Kejadian Infeksi Paska Operasi
Dimensi mutu	: Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi
Definisi Operasional	: Infeksi paska operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (kalor). Kemerahan (rubor). Pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisis	: Tiap bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: ≤ 1,5 %
Penanggung Jawab pengumpul data	: Ketua Komite Medik / Komite Mutu

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	: Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi mutu	: Keselamatan Pasien
Tujuan	: Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	: Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi.
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisis	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	: Survey, laporan infeksi nosokomial
Standar	: ≤ 1,5 %
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepal Instalasi Rawat Inap /Komite Medik / Komite Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

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

Judul	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian
Dimensi mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tergambarkan pelayanan pasien keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian.
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian Pasien ≥ 48 jam

Judul	: Kematian Pasien ≥ 48 jam
Dimensi mutu	: Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	: Tergambarkan 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 di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 1 bulan
Numerator	: Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap ≥48 jam dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: < 0.25 %
Penanggung Jawab pengumpul data	: Ketua Komite Medik

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	: Kejadian Pulang Paksa
Dimensi mutu	: Efektivitas, Kesinambungan pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan
Definisi Operasional	: Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: ≤ 5 %
Penanggung Jawab pengumpul data	: Ketua Komite Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	: Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	: Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	: Jumlah total pasien yang di survey (minimal = 50)
Sumber data	: Survei
Standar	: ≥ 90 %
Penanggung Jawab pengumpul data	: Ketua Komite Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA	
KABAG.	

11. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	: Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	: Akses, efesiensi
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	: Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan micros-kopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan dengan standard penanggulangan tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap 3 bulan
Periode analisis	: Tiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS.
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang di tangani rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	: Register Rawat Inap, register TB 03 UPK
Standar	: 100%
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	: Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	: Efektivitas, Keselamatan
Tujuan	: Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	: Penegakan diagnosis pasti melalui pemeriksaan mikrokopis pada pasien rawat Inap
Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	: Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: 60 %
Penanggung Jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

13. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis dirumah 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 analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat Inap yang dicatat dan dilaporkan.
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat Inap di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	60 %
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. PELAYANAN BEDAH

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	: Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan efesiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	: Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: ≤ 2 hari
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Bedah Sentral

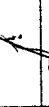
PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA	
KABAG.	

2. Kejadian Kematian di meja operasi

Judul	: Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi mutu	: Keselamatan Efektivitas
Tujuan	: Tergambarkannya Evektifitas pelayanan bedah dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	: Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang tidak diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	: Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dilakukan tindakan bedah dalam satu bulan
Sumber data	: Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	: ≤ 1 %
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Bedah / Komite Medik

3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi

Judul	:	Tidak ada kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan. Ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah / Komite Medik

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

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 terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah / Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah tindakan adalah kejadian dimana pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah / Komite Medik

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	:	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam pelaksanaan tindakan operasi
Definisi Operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah / Komite Medik

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

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

Judul	: Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	: Keselamatan Pasien
Tujuan	: Tergambarnya Kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Definisi Operasional	: Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	: 1 bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: ≤ 6 %
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Bedah / Komite Medik

5. PELAYANAN PERSALINAN, KIA, PERINATOLOGI DAN KB

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	: Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	: Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklampsia, eklamp-sia,

	partus lama, dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan, semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda , yaitu : • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg • Protein urea > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda - tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisis	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia / eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing – masing penyebab)
Denominator	: Jumlah pasien – pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia / eklampsia dan sepsis
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: ≤ 0,2 %, Partus Lama ≤ 20%
Penanggung Jawab	: Komite Medik

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
K.A.	
KABAG.	

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	:	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tekhnis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	Dokter SpOG, dokter umum terlatih, bidan
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

3. Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	:	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tekhnis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 g, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis dan dokter umum banyak ditolong oleh bidan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data	:	Kepegawaian dan Rekam Medik
Standar	:	Tim PONEK yang terlatih – Pelatihan PONEK bila ada
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	:	Pemberi Pelayanan persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tekhnis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi adalah dokter SpOG, spesialis anak, dokter spesialis anestesi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi.
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	Dokter SpOG; dokter SpA; dokter SpAn
Penanggung Jawab	:	Komite Mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 g – 2500 g

Judul	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 g – 2500 g
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g – 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g – 2500 g yang ditangani
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Komite Medik / Komite Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	:	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan dan efesien
Tujuan	:	Tergambarnya penolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efesien.
Definisi Operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 20 %
Penanggung Jawab	:	Komite Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

7. a. Keluarga Berencana Mantap

Judul	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis Pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah Peserta KB
Sumber data	:	Rekam Medik dan Laporan KB rumah sakit
Standar	:	Dr SpOG, bidan terlatih
Penanggung Jawab	:	Pelayanan Medik

7. b. Konseling KB Mantap

Judul	:	Konseling KB Mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersediaan konseling kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan, dokter SpOG atau bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah Peserta KB mantap
Sumber data	:	Laporan Unit Layanan KB
Standar	:	Dr SpOG, bidan terlatih
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Kebidanan

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung Jawab	:	Ketua Komite Mutu

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

6. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi

Judul	:	Pelayanan Administrasi dan manajemen
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing – masing.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Notulen Rapat
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Direktur

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efesien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung-jawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung-jawaban 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 strategic bisnis rumah sakit, dan indikator –indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Laporan indikator kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang saharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bidang perencanaan
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efesien, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai dengan periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bidang Organisasi dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Organisasi dan Kepegawaian

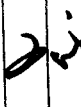
PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala secara periodic sesuai dengan peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No.8/1974; UU No. 43/1999).
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh pegawai yang mendapatkan SK kenaikan berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bagian Organisasi dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Organisasi dan Kepegawaian

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tehnis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap Kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik rumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 16 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Bidang Pendidikan dan Penelitian dan Bagian Organisasi dan Kepegawaian
Standar	:	≥ 50 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Kepegawaian

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

6. Cost Recovery

Judul	:	Cost Recovery
Dimensi mutu	:	Efisiensi, Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Cost Recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Bidang Pengelolaan Pendapatan
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Pengelolaan Pendapatan

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

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 analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Bidang Akuntansi dan Verifikasi
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Akuntansi dan Verifikasi

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 pelayanan 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 ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang di amati dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Keuangan

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

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan realisasi pendapatan dan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6
Sumber data	:	Catatan Bidang Anggaran dan Perbendaharaan
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Keuangan

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

7. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindakan lanjut dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik survey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kasubsi Rekam Medik

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

2. Kelengkapan informasi concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	:	Kelengkapan informasi concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kasubsi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftarkan sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah Kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	:	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	:	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung Jawab	:	Kasubsi Rekam Medik

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

4. Waktu penyediaan dokumentasi rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah Kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap
Standar	:	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung Jawab	:	Kasubsi Rekam Medik

8. PELAYANAN FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah Kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang survey dalam bulan tersebut.
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 3 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

1. b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah Kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang survei dalam bulan tersebut.
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 3 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

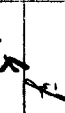
PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efesiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 95 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
K.A.	
KABAG.	

9. PELAYANAN LAUNDRY DAN CSSD

1. Tidak adanya kejadian linen yang yang hilang

Judul	:	Tidak adanya kejadian linen yang yang hilang
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang sebenarnya ada pada hari sampling dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 95 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	
ASS.	
KA	
KABAG	

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Ketepatan penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	95 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Urusan Umum

10. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspedisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

3. Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan

Judul	:	Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Agar mutu sterilisasi instrument, linen dan bahan dapat dipertanggung jawabkan
Definisi Operasional	:	Mutu sterilisasi instrumen, linen & bahan adalah angka yang menunjukkan sterilitas instrument, linen dan bahan yang disterilkan oleh CSSD pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah instrument, linen & bahan yang steril pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh instrument, linen & bahan yang disterilkan pada periode waktu tertentu
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Urusan Umum

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	: Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	: Pelaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah foto rontgen yang dibaca dan verifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	: Register di instalasi Radiologi
Standar	: 100 %
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Radiologi

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	: Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	: Efektivitas dan efesiensi
Tujuan	: Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	: Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	: Register Radiologi
Standar	: $\leq 2 \%$
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Radiologi

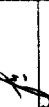
11. PELAYANAN GIZI

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 analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 80 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Komite Mutu / Tim Mutu

1. Ketepatan Waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	:	Ketepatan Waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	:	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi Gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	: Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	: Efektivitas, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	: Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	: Survei
Standar	: ≤ 20 %
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap

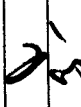
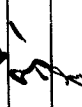
3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	: Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	: Keamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	: Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Standar	: 95 %
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	
ASS.	
KA	
KABAG	

4. Jumlah permintaan makanan yang terlayani

Judul	: Jumlah permintaan makanan yang terlayani
Dimensi mutu	: Ketepatan pemberian
Tujuan	: Agar permintaan makanan pasien dapat terlayani
Definisi Operasional	: Jumlah permintaan makan yang terlayani adalah jumlah permintaan makanan pasien ke instalasi gizi yang dapat dilayani pada periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah permintaan seluruh makan pasien yang terlayani pada periode waktu tertentu
Denominator	: Jumlah seluruh permintaan yang masuk pada periode waktu tertentu
Sumber data	: Registrasi permintaan makan pasien
Standar	: 100 %
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Gizi

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

5. Jumlah Konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani

Judul	: Jumlah Konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani
Dimensi mutu	: Kesenambungan pelayanan
Tujuan	: Agar konsultasi gizi rawat jalan dapat terlayani
Definisi Operasional	: Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah permintaan konsultasi gizi di rawat jalan yang dilayani pada periode waktu tertentu
Denominator	: Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi Rawat jalan pada periode waktu tertentu
Sumber data	: Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat jalan
Standar	: $\geq 90 \%$
Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Gizi

12. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium cito. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai sample diterima oleh petugas laboratorium cito hingga pemeriksaan selesai dikerjakan.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 120 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

6. Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani

Judul	:	Jumlah Konsultasi gizi rawat inap yang terlayani
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Agar konsultasi gizi rawat inap dapat terlayani
Definisi Operasional	:	Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani adalah jumlah pasien rawat inap yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi di rawat inap yang dilayani pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi Rawat inap pada periode waktu tertentu
Sumber data	:	Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat inap
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab. Patologi Klinik

Judul	:	Tidak adanya kesalahan pemeriksaan lab. Patologi Klinik	hasil penyerahan	hasil pemeriksaan
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 analisis	:	3 bulan		
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan		
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di lab dalam satu bulan tersebut		
Sumber data	:	Rekam medik		
Standar	:	100 %		
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium		

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium

Judul	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	hasil pemeriksaan	hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis		
Tujuan	:	Pembacaan dari verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa		
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.		
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan		
Periode analisis	:	3 bulan		
Numerator	:	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan		
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi klinik dalam satu bulan		
Sumber data	:	Register di instalasi Lab.Patologi Klinik		
Standar	:	100 %		
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi klinik		

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

13. PELAYANAN AMBULANCE

1. Waktu pelayanan ambulance

Judul	:	Waktu pelayanan ambulance
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien yang membutuhkan.
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulance adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Gawat darurat
Standar	:	24 Jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Urusan Kendaraan

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 analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang survey (minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit

Judul	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Kenyamanan , Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien / keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulance
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Urusan Kendaraan

WALIKOTA BATAM

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA.	
KABAG.	

Drs. AHMAD DAHLAN, MH