



BUPATI GORONTALO UTARA
PROVINSI GORONTALO
PERATURAN BUPATI GORONTALO UTARA
NOMOR 16 2023
TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

dr.Hi ZAINAL UMAR SIDIKI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GORONTALO UTARA,

- Menimbang :
- a. bahwa rumah sakit merupakan badan layanan umum yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Gorontalo Utara disamping memiliki peralatan dan tenaga medis yang memadai, juga harus memiliki kualitas pelayanan yang baku sehingga masyarakat sebagai pengguna akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang prima, terjangkau dan sesuai standar.
 - b. bahwa kualitas pelayanan baku harus dituangkan dalam prosedur pemberian standar pelayanan minimal yang memuat ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap masyarakat.
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b, maka dipandang perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr.Hi Zainal Umar Sidiki.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2000 tentang Pembentukan Provinsi Gorontalo (Lembaran Negara

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP

- Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 258, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4060);
2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Gorontalo Utara di Provinsi Gorontalo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 13, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4687);
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
 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 6178);
 8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang petunjuk teknik penyusunan dan penetapan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. Hi ZAINAL UMAR SIDIKI KABUPATEN GORONTALO UTARA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal I

Dalam peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Gorontalo Utara.
2. Pemerintah adalah Pemerintah Pusat.
3. Pemerintah kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Gorontalo Utara.
4. Bupati adalah Bupati Gorontalo Utara.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Hi Zainal Umar Sidiki Kabupaten Gorontalo Utara
6. Badan Layanan Umum Daerah adalah instansi dilingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang/jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan prodektifitas.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

- 8. Standar Pelayanan Rumah Sakit daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.
- 9. Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kebutuhan sosial, ekonomi dan pemerintahan.
- 10. Indikator kinerja adalah tolak ukur pelayanan yang diterima oleh masyarakat .

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan, perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.
- (2) Penyelenggaraan SPM bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat oleh rumah sakit melalui penerapan standar kinerja tertentu sebagai ukuran pelayanan.

Pasal 3
Setiap jenis dan mutu pemberian pelayanan masyarakat pada RSUD, harus berdasarkan pada SPM.

Pasal 4
Jenis, mutu, indikator kinerja dan pemenuhan standar pelayanan yang diberikan oleh setiap petugas pelayanan, sebagaimana diatur dalam lampiran yang menjadi bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III
PERAN SERTA MASYARAKAT
Pasal 5

Peran serta masyarakat dalam pelaksanaan SPM RSUD adalah menerima pelayanan, memberikan pendapat berkenaan dengan tingkat kepuasan serta turut mengawasi kinerja pelaksanaan SPM.

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Pasal 6

Masyarakat sebagai penerima pelayanan dasar dibidang kesehatan memiliki hak yaitu:

- a. menerima pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkesinambungan; dan
- b. menerima pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan yang bermutu dan sesuai SPM.

Pasal 7

Pelayanan dasar sebagaimana dimaksud pada pasal 6 apabila tidak dilaksanakan sesuai ketentuan maka masyarakat dapat melaporkan kepada Pemerintah Daerah untuk ditindak lanjuti pengaduannya.

BAB IV

MEKANISME PELAKSANAAN SPM

Pasal 8

Mekanisme pelaksanaan SPM dilaksanakan oleh RSUD dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Direktur RSUD menetapkan program dan kurun waktu pencapaian SPM RSUD.
- b. Direktur RSUD melakukan sosialisasi, diseminasi pelatihan, bimbingan dan lokakarya dalam rangka pelaksanaan SPM RSUD.
- c. Direktur RSUD melakukan pengkajian dan mengawasi pelaksanaan SPM RSUD.
- d. Direktur RSUD melakukan survey kepuasan masyarakat secara berkala terhadap pelaksanaan SPM RSUD..

Pasal 9

Mekanisme pelaksanaan SPM sebagaimana dimaksud pada pasal 8 harus dilaporkan secara berkala kepada Bupati untuk digunakan sebagai monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan terhadap kinerja RSUD dalam melaksanakan SPM RSUD.

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

BAB V
PENGORGANISASIAN

Pasal 10

- (1) Bupati bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan SPM RSUD.
- (2) Bupati dapat mendelegasikan tanggung jawab penyelenggaraan SPM RSUD kepada kepala perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan bidang kesehatan atau Direktur RSUD.
- (3) Pendelegasian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan keputusan Bupati.
- (4) Penyelenggaraan SPM RSUD dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB VI
PELAKSANAAN

Pasal 11

SPM yang ditetapkan pada RSUD sebagaimana diatur dalam lampiran peraturan bupati ini, merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target pelayanan yang telah ditetapkan.

Pasal 12

Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan untuk pencapaian target sesuai SPM dibebankan pada APBD dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VII
PEMBINAAN

Pasal 13

Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai SPM.

Pasal 14

Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada pasal 13 dalam bentuk pemberian pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, arahan dan supervisi meliputi :

- a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai SPM;
- b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
- c. penilaian pengukuran kinerja pencapaian target; dan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

- d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM RSUD.

BAB VIII PENGAWASAN

Pasal 15

Bupati atau perangkat daerah yang ditunjuk melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai SPM RSUD.

Pasal 16

Bupati menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai SPM RSUD, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur.

Pasal 17

- (1) Bupati atau pejabat yang ditunjuk melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati.
- (2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan oleh perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan dibidang kesehatan secara berkala.

BAB IX PEMBIAYAAN

Pasal 18

Semua biaya yang timbul akibat pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat untuk pencapaian target sesuai SPM RSUD dibebankan pada Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Kabupaten Gorontalo Utara dan/atau pendapatan lain yang sah dan tidak mengikat.

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

BAB X
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 19

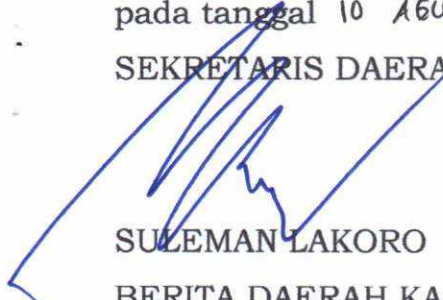
Peraturan bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Gorontalo Utara.

Ditetapkan di : Kwandang
Pada tanggal, 10 Agustus 2023
BUPATI GORONTALO UTARA,



THARIQ MODANGGU

Diundangkan di Kwandang
pada tanggal 10 Agustus 2023
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN GORONTALO UTARA,



SULEMAN LAKORO

BERITA DAERAH KABUPATEN GORONTALO UTARA TAHUN 2023 NOMOR 539

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI GORONTALO UTARA

NOMOR : TAHUN 2023

TANGGAL :

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH dr.Hi. ZAINAL UMAR SIDIKI

URAIAN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.Hi.
ZAINAL UMAR SIDIKI SETIAP JENIS PELAYANAN

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1. Kemampuan menangani *lifesaving* anak dan dewasa

Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat.
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath,Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Sumber Data	Data Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Sumber Data	Kepegawaian
Standar Kemenkes	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu
-----------------------------------	--

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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 mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Sumber Data	Sampel
Standar kemenkes	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

data	
------	--

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

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
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Sumber Data	Rekam medik
Standar kemenkes	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Sumber Data	Survey

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter 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

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 dirumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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 Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi
Definisi	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

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 jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu Bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Operasional	DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Sumber Data	register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang
Sumber Data	Data Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rawat inap

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Pengumpulan data		
------------------	--	--

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

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. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Sumber Data	kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	tsb)
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam visite dokter spesialis

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 tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey
Sumber Data	Data Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor)

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Data Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang diambil oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

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

Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman
--------	--

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	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 Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) ($NDR \leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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. Penegakan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua instalasi bedah sentral

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan Pembedahan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Tujuan	Tergambarnya 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>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu 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>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu
--------	--

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu 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>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube

Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan <i>monitoring</i> pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, 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 trimester kedua, preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-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 Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar kemenkes	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga
--------	---

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih(asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

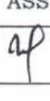
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

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
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/Komite mutu

6. Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*

Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 100%
Penanggung jawab Pengumpulan	Komite mutu

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

data	
------	--

7. a. Keluarga Berencana

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
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

7. b. Konseling KB 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
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

8. Kepuasan Pelanggan

Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

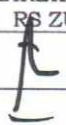
VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

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
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	sertifikat perawat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/ mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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 diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Sumber Data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	< 2 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

DIREKTUR ES ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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 sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium

DIREKTUR ES ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	jawab Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

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
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

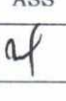
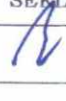
	dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

1 b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

	disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

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
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber Data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

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
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

X. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

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
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Sumber Data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi	1 bulan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

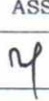
XI. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Standar	<0,01%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala UTD

XII. PELAYANAN GAKIN

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

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

XIII. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Sumber Data	Survey

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Sumber Data	Hasil survei

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik 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 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 Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

XIV. Pengolahan Limbah

1. Baku mutu limbah cair

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada 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
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XV. Administrasi dan Manajemen

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur rumah sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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	1 tahun

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

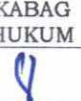
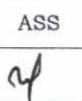
Pengumpulan Data	
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Standar	>60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Bagian Keuangan

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

Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Bagian Keuangan

XVI. Ambulance / Kereta Jenazah

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
--------	---

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Definisi Operasional	operasional Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Sumber Data	data Catatan laporan kerusakan alat
Standar	Standar > 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS

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

Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi	1 tahun

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry
-----------------------------------	--------------------------

XIX. Pencegahan Pengendalian Infeksi

1. Tim PPI

Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah ter
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD

Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Sumber Data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
--------	---

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

XVIII. Pelayanan Laundry

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Sumber Data	Survey
Standar	100%

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				

Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Sumber Data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim PPI

Keterangan : ILO : Infeksi Luka Operasi ILI : Infeksi Luka Infus VAP: Ventilator Associated Pneumonie ISK : Infeksi Saluran Kemih

BUPATI GORONTALO UTARA,

THARIQ MODANGGU

DIREKTUR RS ZUS	KABAG HUKUM	ASS	SEKDA	WABUP
				