



SALINAN

BUPATI MAJALENGKA  
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI MAJALENGKA  
NOMOR 13 TAHUN 2025  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TALAGA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MAJALENGKA,

**Menimbang** : bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Talaga serta berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati Majalengka tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Talaga;

**Mengingat** :

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
3. Undang-Undang Nomor 113 Tahun 2024 tentang Kabupaten Majalengka di Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 299, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7050);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TALAGA.**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten yang selanjutnya disebut Daerah adalah Daerah Kabupaten Majalengka.
2. Bupati adalah Bupati Majalengka.
3. Dinas adalah Dinas Kesehatan Daerah;
4. Rumah Sakit Umum Daerah Talaga Kabupaten Majalengka yang selanjutnya disebut disingkat RSUD Talaga adalah unit organisasi yang bersifat khusus pada Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang Kesehatan.
5. Badan Layanan Umum Daerah RSUD Talaga yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD Talaga adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
6. Direktur adalah Direktur BLUD RSUD Talaga.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintah wajib yang berhak diperoleh sertiap warga negara secara minimal.

8. Jenis Pelayanan adalah Jenis Pelayanan yang diberikan oleh BLUD RSUD Talaga kepada masyarakat.
9. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
10. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
11. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
12. Definisi operasional adalah penjelasan konkret dan terukur.
13. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
14. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
15. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
16. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
17. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1) SPM BLUD RSUD Talaga dimaksudkan untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) SPM BLUD RSUD Talaga bertujuan untuk meningkatkan dan menjamm mutu Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.

## BAB III STANDAR PELAYANAN MINIMAL

### Pasal 3

BLUD RSUD Talaga wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM BLUD RSUD Talaga sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.

### Pasal 4

- (1) SPM BLUD RSUD Talaga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, meliputi:
  - a. jenis pelayanan;

- b. Indikator Kinerja;
  - c. numerator;
  - d. denominator; dan
  - e. standar.
- (2) Jenis Pelayanan BLUD RSUD Talaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, meliputi:
- a. pelayanan rawat inap;
  - b. pelayanan rawat jalan;
  - c. pelayanan gawat darurat;
  - d. pelayanan *intensive care unit*;
  - e. pelayanan bedah sentral dan pelayanan anestesi;
  - f. pelayanan laboratorium;
  - g. pelayanan radiologi;
  - h. pelayanan rehabilitasi medik;
  - i. pelayanan farmasi;
  - j. pelayanan gizi;
  - k. persalinan dan perinatologi;
  - l. pelayanan rekam medis;
  - m. pelayanan prasarana dan sarana Rumah Sakit;
  - n. pelayanan *laundry*;
  - o. pelayanan ambulans/ kereta jenazah;
  - p. pelayanan pemulasaraan jenazah;
  - q. pelayanan transfusi darah;
  - r. pengelolaan limbah;
  - s. administrasi dan manajemen;
  - t. pencegahan dan pengendalian infeksi (ppi);
  - u. Hemodialisa
  - v. Instalasi casemix;
  - w. Teknologi dan informasi;
  - x. Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS); dan
  - y. Unit Pengaduan.
- (3) BLUD RSUD Talaga dapat menambah SPM pada jenis pelayanan selain yang ditetapkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan kebutuhan layanan pada BLUD RSUD Talaga
- (4) SPM BLUD RSUD Talaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (5) Kamus Indikator SPM BLUD RSUD Talaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### BAB IV PELAKSANAAN

##### Pasal 5

- (1) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Sumber Daya kesehatan dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB V EVALUASI DAN PELAPORAN

### Pasal 6

- (1) Untuk menilai pencapaian standar pelayanan minimal pada setiap jenis pelayanan BLUD RSUD Talaga, Direktur melakukan evaluasi SPM BLUD RSUD Talaga.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling sedikit setiap 1 (satu) bulan sekali.
- (3) Untuk melakukan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur membentuk tim penilai.
- (4) Pembentukan Tim penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### Pasal 7

Direktur menyampaikan laporan Kinerja pelayanan BLUD RSUD Talaga sesuai SPM BLUD RSUD Talaga setiap tahun kepada Bupati melalui Kepala Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.

## BAB VI PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN INTERNAL

### Pasal 8

- (1) Satuan Pengawas Internal melakukan pengawasan terhadap Kinerja pelayanan sesuai SPM BLUD RSUD Talaga.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan pengawasan bersama jajaran manajemen BLUD RSUD Talaga untuk menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

## BAB VII PEMBINAAN BLUD RSUD

### Pasal 9

Pembinaan BLUD RSUD Talaga dilakukan oleh Bupati melalui Kepala Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.

## BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN

### Pasal 10

RSUD Talaga tetap melaksanakan standar pelayanan minimal yang berlaku, sampai dengan ditetapkannya RSUD Talaga sebagai badan layanan umum daerah berdasarkan Peraturan Bupati ini.

## BAB IX KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Majalengka  
pada tanggal 14 Mei 2024

BUPATI MAJALENGKA,

ttd

EMAN SUHERMAN

Diundangkan di Majalengka  
pada tanggal 14 Mei 2024

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MAJALENGKA,


ttd

AERON RANDI

BERITA DAERAH KABUPATEN MAJALENGKA TAHUN 2025 NOMOR 13

Salinan sesuai dengan aslinya,

KEPALA BAGIAN HUKUM  
SEKRETARIAT DAERAH KABUPATEN MAJALENGKA,



MOMON RUKMAN, S.H., M.H.  
NIP 19751231 200501 1 031

LAMPIRAN I  
 PERATURAN BUPATI MAJALENGKA  
 NOMOR 13 TAHUN 2025  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM  
 DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TALAGA.

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TALAGA

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
PELAYANAN RAWAT INAP				
Rawat Inap-1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap	100%
Rawat Inap -2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	100%
Rawat Inap -3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Jenis - jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)	Tidak ada	4 (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah)
Rawat Inap -4	Jam Visite Dokter Spesialis	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Rawat Inap -5	Kejadian infeksi pasca operasi	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan	$\leq 1,5\%$
Rawat Inap -6	Kejadian Infeksi Nosokomial	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan	$\leq 1,5\%$
Rawat Inap -7	Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecatatan	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut	100%
Rawat Inap -8	Kematian pasien > 48 Jam	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	$\leq 2,5\%$
Rawat Inap -9	Kejadian pulang paksa	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan	$\leq 5\%$
Rawat Inap -10	Kepuasan pelanggan	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	$\geq 90\%$
Rawat Inap -11	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan	100%
Rawat Inap 12	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan	60%
Rawat Inap 13	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan	Seluruh kasus TB rawat inap di RS	60%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
<b>PELAYANAN RAWAT JALAN</b>				
Rawat Jalan-1	Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan	100%
Rawat Jalan -2	Ketersediaan Pelayanan Rawat jalan	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)	Tidak ada	4
Rawat Jalan -3	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan	100%
Rawat Jalan -4	Waktu tunggu di rawat jalan	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei	≤ 60 menit
Rawat Jalan -5	Kepuasan Pelanggan	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)	≥ 90%
Rawat Jalan -6	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan	100%
Rawat Jalan 7	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan	60%
Rawat Jalan 8	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan	Seluruh kasus TB rawat inap di RS	60%
<b>PELAYANAN GAWAT DARURAT</b>				
Instalasi Gawat Darurat-1	Kemampuan Menangani Life Saving Anak dan dewasa	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Instalasi Gawat Darurat -2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan	Jumlah hari dalam satu bulan	24 Jam
Instalasi Gawat Darurat -3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku	Jumlah tenaga yang bersertifikat ELS/PPGD/GELS/ALS	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan	100%
Instalasi Gawat Darurat -4	Ketersediaan tim Penanggulangan Bencana	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit	Tidak ada	1
Instalasi Gawat Darurat -5	Waktu tanggap pelayanan Petugas di Gawat Darurat	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )	≤ 5 Menit
Instalasi Gawat Darurat -6	Kepuasan Pelanggan Gawat Darurat	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n = 50</i> )	≥ 70 %
Instalasi Gawat Darurat -7	Kematian Pasien ≤ 24 jam di IGD	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat	≤ 0,75 %
Instalasi Gawat Darurat -8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat	100
<b>PELAYANAN INTENSIVE CARE UNIT</b>				
Intensive Care Unit-1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.	3%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Intensive Care Unit -2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	Jumlah tenaga dokter Sp. An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara yang melayani pelayanan perawatan intensif	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif	100%
<b>PELAYANAN BEDAH SENTRAL</b>				
Instalasi Bedah Sentral-1	Waktu tunggu operasi elektif	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	≤2 hari
Instalasi Bedah Sentral -2	Kejadian kematian di meja operasi	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan	≤1%
Instalasi Bedah Sentral -3	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	100%
Instalasi Bedah Sentral -4	Tidak ada kejadian operasi salah orang	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	100%
Instalasi Bedah Sentral -5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Instalasi Bedah Sentral -6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	100%
<b>PELAYANAN ANESTHESI</b>				
Instalasi Bedah Sentral-7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianestesi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	≤6%
<b>PELAYANAN LABORATORIUM</b>				
Laboratorium-1	Waktu Tunggu hasil pelayanan Laboratorium rawat jalan < 140 Menit.	Jumlah pemeriksaan laboratorium dengan hasil < 140 menit dalam satu bulan	Jumlah keseluruhan pemeriksaan laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.	100%
Laboratorium-2	Pelaksana Ekspertisi	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan	100%
Laboratorium-3	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Laboratorium-4	Kepuasan Pelanggan	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)	≥80%
<b>PELAYANAN RADIOLOGI</b>				
Radiologi-1	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.	≤ 180 Menit
Radiologi-2	Pelaksana ekspertisi	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.	100%
Radiologi-3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan	≤ 2%
Ragiologi-4	Kepuasan pelanggan	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	≥80%
<b>PELAYANAN REHABILITASI MEDIK</b>				
Rehabilitasi Medis-1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan	<50%
Rehabilitasi Medik-2	Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Rehabilitasi Medik-3	Kepuasan pelanggan	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)	≥ 80%
PELAYANAN FARMASI				
Farmasi-1	Waktu tunggu pelayanan			
	a. Obat jadi	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.	≤30 Menit
	b. Obat racikan	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut	≤60 Menit
Farmasi-2	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei	100%
Farmasi-3	Kepuasan pelanggan	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	≥80%
Farmasi-4	Penulisan resep sesuai formularium	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)	100%
PELAYANAN GIZI				
Gizi-1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei	≥90%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Gizi-2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	≤20%
Gizi-3	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian diet	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	100%
PERSALINAN DAN PERINATOLOGI				
Obstetri dan Ginekologi-1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.	
	- Pendarahan	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan	≤ 1%
	- Pre-Eklamsi	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/eklampsia	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pre-eklampsia/eklampsia	≤ 30%
	- Sepsis	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan sepsis.	≤ 0,2%
Obstetri dan Ginekologi -2	Pemberi pelayanan persalinan normal	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.	100%
Obstetri dan Ginekologi -3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedianya tim dokter Sp. OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih	Tidak ada	1 Tim Ponek

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Obstetri dan Ginekologi -4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi	100%
Obstetri dan Ginekologi -5	Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500gr	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani	100%
Obstetri dan Ginekologi -6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan	≤20%
Obstetri dan Ginekologi -7	Keluarga Berencana			
	a. Presentase KB (vasektomi&tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	Jumlah peserta KB mantap	Jumlah peserta KB	100%
	b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	Jumlah konseling layanan KB mantap	Jumlah peserta KB mantap	100%
Obstetri dan Ginekologi -8	Kepuasan pelanggan	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
<b>PELAYANAN REKAM MEDIS</b>				
Rekam Medis-1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan	100%
Rekam Medis-2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan	100%
Rekam Medis-3	Jumlah penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan tepat waktu ( $\leq 10$ Menit)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).	$\leq 10$ Menit
Rekam Medis-4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	$\leq 15$ Menit
<b>PELAYANAN PSRS</b>				
IPSRS-1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan	>80%
IPSRS-2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan	100%
IPSRS-3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
	tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi			
PELAYANAN LAUNDRY				
LAUNDRY-1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	100%
LAUNDRY-2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu	Jumlah hari dalam satu bulan	100%
AMBULANCE/KE RETA JENAZAH				
ABC-1	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan	Jumlah hari dalam bulan tersebut	24 Jam
ABC-2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan	≤30 Menit
PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH				
Jenazah-1	Waktu tanggap (Response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan	Total pasien yang diamati dalam satu bulan	≤2 Jam

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
<b>PELAYANAN TRANSFUSI DARAH</b>				
Pelayanan Transfusi Darah-1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	Jumlah permintaan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan	100%
Pelayanan Transfusi Darah-2	Kejadian reaksi transfusi	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan	≤ 0,01 %
<b>PENGELOLAAN LIMBAH</b>				
	Baku mutu limbah cair	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair	a. BOD <30 mg/l b. COD <80 mg/l c. TSS , 30 mg/l d. PH 6-9
	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati	100%
<b>ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN</b>				
Administrasi Dan Manajemen-1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan	100%
Administrasi Dan Manajemen-2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Administrasi Dan Manajemen-3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.	100%
Administrasi Dan Manajemen-4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.	100%
Administrasi Dan Manajemen-5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit	≥60%
Administrasi Dan Manajemen-6	Cost recovery	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan	≥40%
Administrasi Dan Manajemen-7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan	100%
Administrasi Dan Manajemen-8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan	≤2 Jam
Administrasi Dan Manajemen-9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) pasien umum sesuai kesepakatan waktu (tanggal 15 bulan berikutnya)	Jumlah bulan pemberian insentif tepat waktu	6	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)				
PPI-1	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih	Jumlah anggota Tim PPI	75
PPI-2	Tersedianya alat pelindung diri (APD)	Jumlah instalasi yang menyediakan APD	Jumlah instalasi di rumah sakit	75
PPI-3	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan	Jumlah instalasi yang tersedia	75
UNIT HEMODIALISA (HD)				
Hemodialisa-1	Insiden jatuh (pre, intra, post HD)	jumlah insiden jatuh Pre, intra, post HD)	jumlah tindakan hemodialisis	0%
Hemodialisa-2	Insiden terlepasnya jarum vena fistula intra dialisis	jumlah Insiden terlepasnya jarum vena fistula indra HD	jumlah tindakan hemodialisis	0%
Hemodialisa-3	Insiden tertukarnya dializer pakai ulang pada tindakan HD	jumlah Insiden dializer tertukar	jumlah tindakan hemodialisis yang menggunakan dializer pakai ulang	0%
Hemodialisa-4	perawat pemberi layanan HD dengan sertifikat perawat mahir dialisis	jumlah tenaga perawat pemberi layanan HD dengan sertifikat perawat mahir dialisis yang melakukan pelayanan dialisis	jumlah seluruh perawat yang melakukan pelayanan dialisis	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
Hemodialisa-5	Kejadian reaksi transfusi pada pasien HD	jumlah pasien HD yang mengalami Kejadian reaksi transfusi	jumlah semua tindakan transfusi darah	0%
Hemodialisa-6	kejadian clotting durante HD	jumlah kejadian clotting	jumlah semua tindakan HD	0%
Hemodialisa-7	Kejadian terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement)	Insiden terlepasnya jarum vena Fistula Intra Dialisis	Jumlah tindakan HD	0%
Hemodialisa-8	Presentase pasien HD 2x seminggu dengan URR $\geq$ 65%	Jumlah pasien HD 2x seminggu dengan nilai URR $\geq$ 65%	Jumlah seluruh pasien HD 2x seminggu yang dilakukan penilaian	100%
<b>INSTALASI CASEMIX (CM)</b>				
CM-1	Presentase pengajuan klaim pasien	Jumlah pasien yang diajukan klaim pada bulan tersebut	Jumlah Pasien yang dilayani pada bulan tersebut	90%
CM-2	Kepetepatan waktu pelaksanaan pengajuan klaim	Waktu pengajuan klaim pasien	Tidak ada	N+1
CM-3	Angka Pending/Dispute Klaim pasien	Jumlah pasien yang klaimnya terpending / dispute	Jumlah pasien yang diajukan klaim pada periode tertentu	$\leq$ 5%
<b>INSTALASI TEKNOLOGI DAN INFORMASI</b>				
Teknologi Dan Informasi/SIM RS-1	Waktu tanggap kerusakan Hardware	Jumlah laporan kerusakan hardware/Jaringan dengan waktu tanggap petugas IT kurang dari 15 menit	Jumlah seluruh laporan kerusakan hardware/Jaringan pada waktu tertentu	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
INSTALASI PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT (PKRS)				
PKRS-1	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan edukasi oleh PPA yang didokumentasikan pada RM14	Jumlah formulir RM14 yang lengkap diisi dalam satu bulan	Jumlah status pasien yang diobservasi dalam satu bulan	100%
PKRS-2	Pelaksanaan informasi dan edukasi kesehatan oleh PPA baik secara langsung maupun tidak langsung di dalam maupun di luar lingkungan rumah sakit	Jumlah kegiatan edukasi yang terlaksana dalam satu bulan	Jumlah rencana edukasi yang tertera pada jadwal bulan tersebut	80%
	Pembinaan dan pemberdayaan kelompok / komunitas berisiko	Jumlah pelaksanaan kegiatan komunitas dalam satu semester	Jumlah rencana kegiatan komunitas yang tertera pada jadwal periode tertentu (semester)	80%
PKRS-3	Kepatuhan Petugas dalam melengkapi Form Edukasi Integrasi	Jumlah form edukasi terintegrasi yang disurvei dalam 1 bulan (terisi lengkap)	Jumlah edukasi terintegrasi yang disurvei dalam 1 bulan	100%
PKRS-4	Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Area tanpa Rokok	Jumlah area yang menerapkan PBHS area tanpa rokok	Jumlah seluruh area di lingkungan rumah sakit	100%
PKRS-5	Edukasi kesehatan bagi pengunjung rumah sakit/keuarga pasien dan masyarakat sekitar rumah sakit	Jumlah edukasi kesehatan yang dilaksanakan	Jumlah edukasi kesehatan yang dijadwalkan	100%

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NUMERATOR	DENOMINATOR	STANDAR
<i>Central Sterile Supply Departemen (CSSD)</i>				
CSSD-1	Lama waktu sterilisasi alat	Jumlah akumulasi waktu sterilisasi alat dalam satu bulan	Jumlah sterilisasi alat dalam satu bulan	3 Jam
CSSD-2	Kelengkapan pengembalian instrumen dari unit peminjam	Jumlah peminjaman instrumen CSSD yang kembali lengkap dalam sebulan	Jumlah peminjaman instrumen CSSD dalam satu bulan	100%
CSSD-3	Angka kegagalan proses sterilisasi	Jumlah kegagalan sterilisasi dalam satu bulan	Jumlah sterilisasi yang dilakukan dalam satu bulan	≤ 5%
UNIT PENGADUAN				
Customer Service-1	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading	Jumlah komplain yang disurvei	80%

BUPATI MAJALENGKA,

td

EMAN SUHERMAN

LAMPIRAN II  
 PERATURAN BUPATI MAJALENGKA  
 NOMOR 13 TAHUN 2025  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN  
 LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM  
 DAERAH.

KAMUS INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 RSUD DI KABUPATEN MAJALENGKA

I. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan 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 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 sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. 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)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

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

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
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) 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
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosocomial

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/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
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

#### 8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
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
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap 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

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan

Judul	Kejadian pulang paksa
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn 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
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

12. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

13. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
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 RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik

Judul	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	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

## 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
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

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis 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
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

#### 4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	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

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 Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei ( <i>minimal n = 50</i> )

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
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

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosi dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosi harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosi, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosi yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosi nasional, dan semua pasien yang tuberculosi 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 tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

7. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB 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 RS dalam 3 bulan

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

8. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawatjalan ke RS.
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 RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

III. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
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
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari 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

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
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
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
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

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (5 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
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n = 50</i> )

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien  $\leq 24$  jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq 24$ 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 $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2$ perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. 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 yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### IV. PELAYANAN INTENSIVE CARE UNIT

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

#### V. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
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
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

## 2. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
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 sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

## 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
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 sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
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 sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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 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 sentinel event
Periode Analisa	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 sentral/komite medis

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	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu 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 sentinel event
Periode Analisa	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 satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

## VI. PELAYANAN ANESTESI

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

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasianastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

VII. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium dengan hasil < 140 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan pemeriksaan laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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 laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

VIII. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
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 difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 180 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

#### 4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

### IX. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

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

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$< 50\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

#### 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

## X. PELAYANAN FARMASI

### 1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤30menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

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 : Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang 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	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 4. Penulisan resep sesuai formularium

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

## XI. PELAYANAN GIZI

### 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
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, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## XII. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <p>Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 110 mmHg</p> <p>Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif</p> <p>Oedem tungkai</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah.....</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Perdarahan ≤ 1% pre-eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik

### 2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
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 memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
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 analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia 1 tim Ponek
Penanggung jawab	Komite mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
-------	--

Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/Komite mutu

#### 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Komite mutu

#### 7.a Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Pelayanan Medik

Judul	Keluarga Berencana Mantap
pengumpulan data	

7.b Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

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 prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

XIII. PELAYANAN REKAM MEDIS

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.

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan 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 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	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan 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 ( $\leq 15$ menit).
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata $\leq 10$ menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
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 analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat inap
Standar	Rerata $\leq 15$ menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

#### XIV. PELAYANAN PSRS

##### 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

##### 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## XV. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

### 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

XVI. PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga 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	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

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

XVII. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XVIII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

## XIX. PENGELOLAAN LIMBAH

### 1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (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 analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

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

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Definisi operasional	<p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XX. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	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 analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas

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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu (tanggal 15 bulan berikutnya)
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan pemberian insentif tepat waktu
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

**XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)**

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
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 analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

BUPATI MAJALENGKA,

ttd

EMAN SUHERMAN