



BUPATI MANGGARAI BARAT
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

PERATURAN BUPATI MANGGARAI BARAT
NOMOR: 38 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOMODO
KABUPATEN MANGGARAI BARAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI MANGGARAI BARAT,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Komodo Kabupaten Manggarai Barat;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Manggarai Barat di Provinsi Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003, Nomor 28, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4271);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang

(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

4. 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);
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
8. Peraturan Bupati Manggarai Barat Nomor 26 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Komodo Kabupaten Manggarai Barat;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOMODO KABUPATEN MANGGARAI BARAT.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Manggarai Barat
2. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang

memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

3. Bupati adalah Bupati Manggarai Barat
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan dewan perwakilan rakyat daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. RSUD Komodo adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
6. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disebut BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
8. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
9. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu system.
10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada Masyarakat.
11. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antara manusia berdasarkan standar WHO.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang

dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

13. Indikator Kinerja adalah 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.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan sesuatu yang harus dicapai
15. Definisi Operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator
16. Frekwensi pengumpulan data adalah frekwensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembanding dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembanding dalam rumus indikator kinerja
20. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Bagian Kedua

Maksud dan Tujuan

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk memberi pedoman kepada RSUD Komodo dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM pada RSUD Komodo.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamm mutu Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat. ¹

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Tugas

Pasal 3

RSUD Komodo mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan Kesehatan dengan mengutamakan pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitasi) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (promotif) serta upaya rujukan sesuai dengan SPM.

Bagian Kedua

Jenis Pelayanan

Pasal 4

Jenis pelayanan pada RSUD Komodo meliputi :

- a. Pelayanan Medik Spesialis;
- b. Pelayanan Gigi;
- c. Pelayanan Medik Umum;
- d. Pelayanan Bedah;
- e. Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi;
- f. Pelayanan Gawat Darurat;
- g. Pelayanan Intensif;
- h. Pelayanan Keperawatan;
- i. Pelayanan Laboratorium;
- j. Pelayanan Radiologi;
- k. Pelayanan Farmasi;
- l. Pelayanan Gizi;
- m. Pelayanan Transfusi Darah;
- n. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
- o. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
- p. Pelayanan Sanitasi;
- q. Pengelolaan Limbah;
- r. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah;
- s. Pelayanan Pemulazaran Jenazah;
- t. Pelayanan Laundry;
- u. Pelayanan CCSD;
- v. Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi; /

- w. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit;
- x. Pelayanan Administrasi Manajemen; dan
- y. Pelayanan Penunjang Medik Dan Non Medik Lainnya.

Bagian Ketiga

Indikator, Standar Nilai dan Batas Waktu Pencapaian

Pasal 5

- (1) Kemampuan petugas dalam menjalankan pelayanan sesuai dengan indikator pelayanan merupakan tanggungjawab RSUD Komodo.
- (2) Standar Nilai dalam Peraturan Bupati ini merupakan Standar Nasional untuk Pelayanan Kesehatan di rumah sakit.
- (3) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan uraian SPM pada RSUD Komodo tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dengan Peraturan Bupati ini.

Bagian Keempat

Pelaksanaan

Pasal 6

- (1) RSUD Komodo wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD Komodo bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan pada RSUD Komodo sesuai SPM yang diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh tenaga medik, paramedik dan seluruh pegawai RSUD Komodo dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima

Penerapan dan Evaluasi

Pasal 7

- (1) Direktur menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan/

tahunan RSUD Komodo berdasarkan SPM.

- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Komodo menyusun rencana bisnis dan anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (3) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rencana bisnis dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun dengan menggunakan format sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai SPM.

Pasal 8

- (1) Direktur melakukan evaluasi terhadap pencapaian SPM pada RSUD Komodo paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun.
- (2) Hasil evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

BAB III

PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN TANGGUNGJAWAB

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 9

- (1) Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang Kesehatan melakukan pembinaan teknis pada RSUD Komodo.
- (2) Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah melakukan pembinaan pengelolaan keuangan pada RSUD Komodo.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya, meliputi:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM; ¹

- c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM;
- d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM;
- e. penyusunan peraturan perundang-undangan untuk implementasi PPK-BLUD pada UPTD BLUD RSUD Komodo;
- f. penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
- g. pelaksanaan anggaran; dan
- h. akuntansi dan pelaporan keuangan.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 10

- (1) Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang pengawasan, melakukan pengawasan terhadap penerapan SPM pada RSUD Komodo.
- (2) Selain pengawasan oleh Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pengawasan terhadap penerapan SPM pada RSUD Komodo dapat dilakukan oleh pengawas internal.
- (3) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktu RSUD Komodo.

Bagian Ketiga

Tanggung Jawab

Pasal 11

Pemerintah Daerah sesuai dengan SPM bertanggungjawab untuk:

- a. menjamin pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. membina dan mengawasi penerapan SPM pada RSUD Komodo;
- c. memberikan perlindungan kepada RSUD Komodo agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggungjawab;
- d. memberkan perlindungan terhadap masyarakat

- pengguna jasa pelayanan pada RSUD Komodo sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
 - f. menjamin pembiayaan pelayanan kegawat daruratan akibat bencana dan kejadian luar biasa pada RSUD Komodo; dan
 - g. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan di RSUD Komodo sesuai dengan standar pelayanan.

BAB IV

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Manggarai Barat. *Λ*

Ditetapkan di Labuan Bajo
pada tanggal 12 Juni 2024

BUPATI MANGGARAI BARAT

TTD

EDISTASIUS ENDI



Diundangkan di Labuan Bajo
pada tanggal 2024
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MANGGARAI BARAT,

TTD

FRANSISKUS SALES SODO
BERITA DAERAH KABUPATEN MANGGARAI BARAT TAHUN 2024
NOMOR ...

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI MANGGARAI BARAT

NOMOR : 38 TAHUN 2024

TANGGAL: 12 Juni 2024

TENTANG: STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOMODO KABUPATEN MANGGARAI BARAT.

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Standar Pelayanan Minimal (SPM) setiap jenis pelayanan pada RSUD Komodo Kabupaten Manggarai Barat dari tahun 2024 sampai dengan tahun 2028, sebagai berikut:

No.	Unit Kerja	Indikator	Standar sesuai Permenkes 129/Menkes /SK/II/2008	TAHUN				
				2024	2025	2026	2027	2028
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3. Pemberian pelayanan perawatan kegawatdaruratan	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1

		yang bersertifikat BTLS dan PPGD						
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD	≤5menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5menit terlayani setelah pasien datang	≤5menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤5menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70%	80%	85%	87%	95%	95%
		7. Kematian pasien <24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

1

		8. Tidak adanya pasien yang harus membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Unit Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3. Jam buka pelayanan	Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00
		4. Waktu tunggu pelayanan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60	≤ 60	≤ 60

		RawatJalan				menit	menit	menit
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	90%	90%	90%	90%	90%
		7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB/TCM	a. ≥ 60%	a.≥60%	a.≥ 60%	a.≥60%	a.≥60%	a.≥60%
		b.Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b.≤ 60%	b.≤ 60	b.≤ 60	b≤ 60	b.≤ 60	b.≤ 60
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap	1. Dokter Spesialis 2. Perawat minimal pendidikan nD3 3.Bidan minimal pendidikan D3	1.Dokter Spesialis 2.Perawat minimal pendidikan D3 3.Bidan minimal pendidikan D3	1. Dokter Spesialis 2. Perawat minimal pendidikan n D3 Bidan minimal pendidikan D3	1.Dokter Spesialis 2.Perawat minimal pendidikan nD3 3.Bidan minimal pendidikan an D3	1.Dokter Spesialis 2.Perawat minimal pendidikan nD3 3.Bidan minimal pendidikan n D3	1.Dokter Spesialis 2.Perawat minimal pendidikan an D3 3.Bidan minimal pendidikan an D3
		2. Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%

✓

		3. Ketersediaan Rawat inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja ≤ 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja ≤ 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja ≤ 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja ≤ 08.00 s/d 14.00	Setiap hari kerja ≤ 08.00 s/d 14.00
		5. Kejadian Infeksi pasca Operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		6. Kejadian Infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh dan berakibat kecacatan/kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %

6

	10. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	11. Rawat Inap TB						
	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB/TCM	a. ≥60%	a. ≥60%	a. ≥60%	a. ≥60%	a. ≥60%	a. ≥60%
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b. ≥60%	b. ≥60%	b. ≥60%	b. ≥60%	b. ≥60%	b. ≥60%
	12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
	13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100 %

		karena bunuh diri						
		14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu \leq 1 bulan	100 %	100 %	100%	100 %	100%	100%
		15. Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	\leq 6 minggu	\leq 6 minggu	\leq 6 minggu	\leq 6 minggu	\leq 6 minggu	\leq 6 minggu
4.	Bedah sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	\leq 2 hari	\leq 2 hari	\leq 2 hari	\leq 2 hari	\leq 2 hari	\leq 2 hari
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	\leq 1 %	\leq 1 %	\leq 1 %	\leq 1 %	\leq 1 %	\leq 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100 %	100%	100%	100%	100%
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100 %	100%	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100 %	100%	100 %	100%	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan	\leq 6 %	\leq 6 %	\leq 6 %	\leq 6 %	\leq 6 %	\leq 6 %

		salah penempatan anestesi endotracheal tube						
5.	Persalinan, Perinatalogi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum terlatih c. Bidan	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum terlatih c. Bidan	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum terlatih c. Bidan	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum terlatih c. Bidan	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum terlatih c. Bidan	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum terlatih c. Bidan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Ponek yang terlatih	Tim Ponek yang terlatih	Tim Ponek yang terlatih	Tim Ponek yang terlatih	Tim Ponek yang terlatih	Tim Ponek yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG

			b. Dokter Anak c. Dokter Sp.An	b.Dokter Anak c.Dokter Sp.An	b.Dokter Anak c.Dokter Sp.An	b.Dokter Anak c.Dokter Sp.An	b.Dokter Anak c.Dokter Sp.An	b.Dokte Anak c.Dokte: Sp.An
		5.Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
		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 b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100 %	100%	100 %	100%	100%	100%
		9.Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥80%	≥85%	≥85%	≥90%	≥90%
6.	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%

6

		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat c.Perawat mahir ICU /setara (D4)	a.Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b.100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat c.Perawat mahir ICU /setara (D4)	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b.100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat c.Perawat mahir ICU /setara (D4)	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b.100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat c.Perawat mahir ICU /setara (D4)	a.Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat c.Perawat mahir ICU /setara (D4)	a.Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat c.Perawat mahir ICU /setara (D4)	a.Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat c.Perawat mahir ICU /setara (D4)
--	--	------------------------------------	--	--	---	---	---	---	---

						t mahir ICU /setara (D4)		/setara (D4)
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤3 jam	≤ 3 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad	Dokter Sp. Rad	Dokter Sp. Rad	Dokter Sp. Rad	Dokter Sp. Rad	Dokter Sp. Rad
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥80%	≥85%	≥85%	≥90%	≥90%
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK
		3. Tidak adanya kesalahan	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		pemberian hasil pemeriksa laboratorium						
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥80%	≥85%	≥85%	≥90%	≥90%
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥80%	≥85%	≥85%	≥90%	≥90%
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2. Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	≥85%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%

		makanan kepada pasien						
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani
		2. Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %
13.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	95%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15	≤ 15	≤ 15

		rekam medik pelayanan rawat inap				menit	menit	menit
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	a.BOD <30mg/l b.COD <80mg/l c.TSS <30mg/l d. PH 6-9	a. BOD <30mg/l b. COD <80mg/l c. TSS <30mg/l d. PH 6-9	a. BOD <30mg/l b. COD <80mg/l c. TSS <30mg/l d. PH6-9	a.BOD <30mg/l b.COD <80mg/l c.TSS <30mg/l d.PH 6-9	a.BOD <30mg/l b.COD <80mg/l c. TSS <30mg/l d. PH 6-9	a. BOD <30mg/ b. COD <80mg/ c. TSS <30mg/ d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Karyawan yang mendapat	≥60%	≥ 40%	≥ 50%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%

6

		pelatihan minimal 20 jam setahun						
		6. Cost recovery	≥40%	≥ 40%	≥40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2jam	≤ 2jam	≤ 2jam	≤ 2jam	≤ 2jam	≤ 2jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17.	Ambulance/Kereta Jenasah	1. Waktu Pelayanan Ambulance/kereta jenasah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenasah di rumah sakit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	(?) Sesuai ketentuan daerah (?)	Sesuai ketentuan Rumah Sakit	Sesuai ketentuan Rumah Sakit	Sesuai ketentuan Rumah Sakit	Sesuai ketentuan Rumah Sakit	Sesuai ketentuan Rumah Sakit

18.	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%	≤ 75%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	50%	70%	80%	90%	100%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	60%	70%	80%	90%	100%
20.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	70%	80%	90%	100%	100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	90%	100%	100%	100%	100%
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih belum ada	Anggota Tim PPI yang terlatih 50%	Anggota Tim PPI yang terlatih 60%	Anggota Tim PPI yang terlatih 70%	Anggota Tim PPI yang terlatih 80%
		2. Tersedia APD di setiap Unit/	60%	60%	70%	70%	80%	80%

1

	departemen						
	3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	75%	75%	80%	80%	80%

BUPATI MANGGARAI BARAT

TTD

EDISTASIUS ENDI



LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI MANGGARAI BARAT

NOMOR : 38 TAHUN 2024

TANGGAL : 12 Juni 2024

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. 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	a. Rekam Medik di Gawat Darurat b. Kepala Unit Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	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 Unit Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BTLS/ ACLS

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BTLS/ACLS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BTLS/ACLS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BTCLS/ACLS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	a. Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik b. Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan

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
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	Unit gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	a. Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik b. Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan

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 (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan pasien semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
SumberData	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat / Komite 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>)
SumberData	Survey
Standar	≥ 70%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat / Komite Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode

Operasional	24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu 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 Unit Gawat Darurat

8. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat

9. 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	Satu 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 Unit Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan 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 Unit 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	Kepala Unit rawat jalan

data.	
-------	--

3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
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 a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat jalan

4. 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. 14.00 setiap hari kerja
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

n Data	
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 Unit rawat jalan

5. 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 Unit rawat jalan/komite mutu

6. 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>)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat jalan / Komite mutu

7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu 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 Unit rawat jalan

III. 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	setiap bulan
Periode Analisa	tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap

2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggungjawab 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 Unit rawat inap

3. Ke tersediaan 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	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis - jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)

Denominator	Tidakada
SumberData	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 Unit 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 sehari-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 Unit rawat inap/Komite medik

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
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

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, 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 Unit rawat inap/komite medik/Komite PPI

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
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 Unit rawat inap/Komite Mutu

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	a. Kepala Unit Rawat Inap b. Komite Mutu c. Komite Medik d. Komite Keperawatan

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
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	a. Kepala Unit Rawat Inap b. Komite 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	a. Kepala Unit Rawat Inap b. Komite 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 tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
SumberData	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	a. Kepala Unit Rawat Inap b. Penanggung Jawab Program TB

12. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis- jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap

Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap

13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	a. Komite medik b. Komite mutu

14. Kejadian (*re-admission*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu \leq 1 bulan

Judul	Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan
-------	---

	dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	a. Komite medik b. Komite mutu

15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab	a. Komite medik

jawab	b. Komite mutu
-------	----------------

IV. BEDAH

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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
SumberData	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Kepala Unit Kamar Operasi (OK)

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	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	a. Kepala Unit Kamar Operasi (OK) b. Komite Medik

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Unit 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
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	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	a. Kepala Unit Kamar Operasi (OK) b. Komite Medik

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Unit 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	a. Kepala Unit Kamar Operasi (OK) b. Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan 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	a. Kepala Unit Kamar Operasi (OK) b. Komite Medik

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	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	a. Kepala Unit Kamar Operasi (OK) b. Komite Medik

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

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi 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 komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi 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 komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	a. Kepala Unit Kamar Operasi (OK) b. Komite Medik

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

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena hamil, persalinan dan nifas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu hamil, melahirkan, nifas yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. • Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklamsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. • Partus lama adalah persalinan yang abnormal yang disebabkan oleh salah satu kelainan atau kombinasi dari

	kelainan tenaga/ his (power), kelainan janin (passenger), kelainan jalan lahir (passege). Lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 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
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
Sumberdata	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
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	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui

operasional	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	< 100%
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 pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik

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	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang 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

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	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 < 72 jam 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
Sumberdata	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

VII. 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 di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala Unit radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
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 dicantumkananya 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 Unit Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit 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
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	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala Unit 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 minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

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 kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Unit 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 diakukan 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.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di Unit laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Unit 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 Unit 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)
Sumberdata	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Laboratorium

IX. 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 Unit 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	1 bulan

data	
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 Unit 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 rehabilitasi 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 minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Rehabilitas Medik

X. FARMASI

1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
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	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi

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 %
Penanggung jawab	Kepala Unit 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: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien Unit farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien Unit farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Unit 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 Unit 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 Unit Farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

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

	makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Unit Gizi/Kepala Unit 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 Unit 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 Unit Gizi/Kepala Unit 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 Unit 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 Unit Gizi/Kepala Unit Rawat Inap

XII. 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.
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

XIII. PELAYANAN GAKIN

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

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

jawab	
-------	--

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu \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 Unit rekam medik

2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed consent 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 consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai

	tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Unit 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
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 mendaftarkan sampai rekam medis disediakan/ ditemukan oleh petugas.
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 yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat

	jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Unit 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 jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Unit rekam medis

XV. Pengolahan 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	KepalaIPRS

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
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan	1 bulan

data	
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

XVI. 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 Rumah Sakit

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
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. 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

5. 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

6. 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

jawab	
-------	--

7. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan	Tiap 6 bulan

data	
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XVII. 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	Unit 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

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	

Penanggung jawab	
------------------	--

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. 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 inulai 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 Unit pemulasaraan jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi	1 bulan

pengumpulan data	
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
Sumberdata	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
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 Unit Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan 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
Sumberdata	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab	Kepala Unit 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
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Unit Laundry

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	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%
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 Unit 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 Unit yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah Unit 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 Unit yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan	Setiap hari

data	
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Unit yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah Unit yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

BUPATIMANGGARAIBARAT

TTD

EDISTASIUS ENDI

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM

