



# BUPATI MEMPAWAH PROVINSI KALIMANTAN BARAT

PERATURAN BUPATI MEMPAWAH  
NOMOR 18 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER RUBINI MEMPAWAH  
TAHUN 2023 - 2027





DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MEMPAWAH,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit merupakan salah satu sarana kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk selalu memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan serta dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, maka perlu diatur Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah Tahun 2023 - 2027;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah Tahun 2023 - 2027;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 352) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASIST EN TAT A PRAJA	SEKDA

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
5. 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 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2014 tentang Perubahan Nama Kabupaten Pontianak Menjadi Kabupaten Mempawah Di Provinsi Kalimantan Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5556);
8. 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);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASISTEN TATA PRAJA	SEKDA
			

10. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2032) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 914) sebagaimana
17. telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 461);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1389);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1054);
20. Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Mempawah (Lembaran Daerah Kabupaten Mempawah Tahun 2016 Nomor 5) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2017 (Lembaran Daerah Kabupaten Mempawah Tahun 2017 Nomor 6).

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASISTEN TATA PRAJA	SEKDA
<i>df</i>	<i>K</i>	<i>pk</i>	<i>U</i>

MEMUTUSKAN :





Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER RUBINI MEMPAWAH TAHUN 2023 - 2027.

BAB I  
KETENTUAN UMUM





Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Mempawah.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah Kabupaten Mempawah yang selanjutnya disebut RSUD dr. Rubini Mempawah.
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat 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.
6. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah yang selanjutnya disebut BLUD RSUD dr. Rubini Mempawah adalah segala bentuk kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga medis, tenaga perawat, dan atau tenaga lain yang ditunjuk oleh Direktur yang ditujukan kepada seseorang dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, perawatan, pemulihan kesehatan, dan rehabilitasi dari sakit dan akibat-akibatnya.
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah.
8. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah.
9. SPI adalah Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah.
10. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah Dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran suatu satker BLU.
11. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi.

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASISTEN TATA PRAJA	SEKDA
			

12. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah kepada masyarakat.
13. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah kepada masyarakat.
14. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
15. Pelayanan Rumah Sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya penyembuhan dan pemulihan, peningkatan, pencegahan dan pelayanan rujukan.
16. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta dipihak lain penyelenggaranya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
17. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
18. Judul 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.
19. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
20. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari Judul.
21. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap Judul.
22. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap Judul kinerja yang dikumpulkan.
23. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus Judul kinerja.
24. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus Judul kinerja.
25. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan untuk bisa dicapai.
26. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASIST EN TATA PRAJA	SEKDA
			

BAB II  
JENIS PELAYANAN, JUDUL, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU CAPAIAN,  
TARGET CAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu  
Jenis Pelayanan

Pasal 2

- (1) RSUD dr. Rubini Mempawah mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis pelayanan RSUD dr. Rubini Mempawah meliputi :
  - a. Pelayanan Gawat Darurat;
  - b. Pelayanan Rawat Jalan;
  - c. Pelayanan Rawat Inap;
  - d. Pelayanan Pasien Miskin;
  - e. Pelayanan Kamar Operasi/Bedah Sentral;
  - f. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
  - g. Pelayanan Intensif;
  - h. Pelayanan Radiologi;
  - i. Pelayanan Laboratorium;
  - j. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
  - k. Pelayanan Farmasi;
  - l. Pelayanan Rekam Medik;
  - m. Pelayanan Gizi;
  - n. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
  - o. Pelayanan Transfusi Darah;
  - p. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
  - q. Pelayanan Pengolahan Limbah/Sanitasi;
  - r. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah;
  - s. Pelayanan Pemulasan Jenazah;
  - t. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - u. Pelayanan Laundry.

Bagian Kedua  
Judul, Standar (Nilai) dan Uraian Standar Pelayanan Minimal





Pasal3

Judul, Standar (Nilai) dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga  
Batas Waktu Capaian dan Target Capaian

Pasal4

Batas Waktu Capaian dan Target Capaian Standar Pelayanan Minimal diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASISTEN TATA PRAJA	SEKDA
			

BAB III  
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD dr. Rubini Mempawah adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) milik Pemerintah Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB IV  
PENERAPAN

Pasal 6





- (1) Direktur menyusun RBA, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD dr. Rubini Mempawah menyusun RBA, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB V  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu  
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD dr. Rubini Mempawah yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Bupati.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
  - b. Penyusunan rencana Capaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan Capaian Standar Pelayanan Minimal;
  - c. Penilaian prestasi kerja Capaian Standar Pelayanan Minimal; dan
  - d. Pelaporan prestasi kerja Capaian Standar Pelayanan Minimal.

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASIST EN TATA PRAJA	SEKDA
			

Bagian Kedua  
Pengawas

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur.

Pasal 9

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD dr. Rubini Mempawah menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD dr. Rubini Mempawah selain dilakukan oleh Pejabat Pembina dan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD dr. Rubini Mempawah.





Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD dr. Rubini Mempawah yang ditetapkan dalam RBA RSUD dr. Rubini Mempawah.

BAB VI  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 12

Pada saat Peraturan Bupati ini ditetapkan, Peraturan Bupati Mempawah Nomor 27 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

KABAG HUKUM	PERANGKAT DAERAH PEMRAKARSA	ASIST EN TATA PRAJA	SEKDA
			

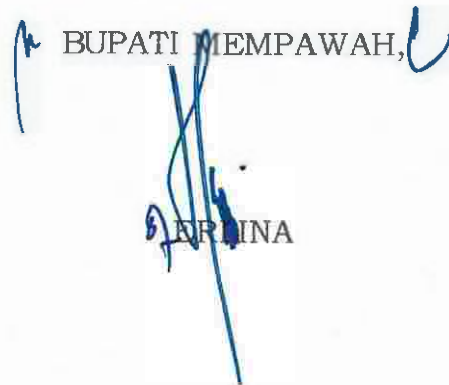
BAB VII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Mempawah  
pada tanggal 8-5-2023

BUPATI MEMPAWAH,  
  
ERLINA

Diundangkan di Mempawah  
pada tanggal 8-5-2023  
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH

  
ISMAIL  
BERITA DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH  
TAHUN 2023 NOMOR 10

LAMPIRAN I  
 PERATURAN BUPATI MEMPAWAH  
 NOMOR 18 TAHUN 2023  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
 DOKTER RUBINI MEMPAWAH TAHUN  
 2023 – 2027

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 RSUD dr. RUBINI MEMPAWAH

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL	
		JUDUL	STANDAR
1	2	3	4
1.	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani Life saving di unit gawat darurat	100 %
		Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat 24Jam	100 %
		Pemberi pelayanan kegawatdaruratan oleh tenaga yang bersertifikat BCLS/PPGD/ATLS/ACLS yang masih berlaku.	100 %
		Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Unit Gawat Darurat	≤5menit
		Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Unit Gawat Darurat	≤ 2 perseribu
		Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka	100%
		Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Gawat Darurat	≥80 %
2.	Pelayanan Rawat Jalan	Dokter Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis	100% (Dokter Spesialis)
		Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan sesuai dengan Rumah Sakit tipe C	Bedah, Penyakit Dalam, Anak, Kandungan
		Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan	100% (Senin-Jumat : Jam 08.00–14.00)
		Waktu Tunggu Di Rawat Jalan	≤ 60 menit
		Pasien Rawat Jalan Tuberklosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS	100%
		Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan TCM	100%
		Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV AIDS	100%
		Pelayanan Balita Stunting Yang dilayani di RS	100%
		Pelayanan Pasien Geriatri	100%
		Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan	≥ 80%

3.	Pelayanan Rawat Inap	Pemberi Pelayanan Rawat Inap	Dokter Spesialis / Dokter Umum/ Apoteker/ Perawat, Bidan Dan Gizi Minimal D3
		Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%
		Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	100 % (Pelayanan spesialis : penyakit dalam, bedah, anak, kebidanan)
		Jam Visite Dokter Spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja )	≥ 80%
		Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1%
		Angka Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1%
		Kematian pasien lebih dari 48 jam	≤ 0,25%
		Kejadian Pulang Paksa	≤ 5%
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
		<i>Bed Occupancy Rate – BOR</i>	≥ 60 %
		<i>Average Length Of Stay - ALOS (hari)</i>	≤ 5 hari
		<i>Bed Turn Over - BTO (kali )</i>	40 - 50 kali
		<i>Turn Over Interval - TOI (hari)</i>	≤ 3 hari
		Pasien rawat inap yang di rujuk	≤ 5%
		Pasien yg memperoleh informasi pre-operatif	100%
		Kepuasan Pelanggan Rawat Inap	≥ 80%
4.	Pelayanan Pasien Miskin	Jumlah Pasien Miskin Yang Dirawat	100%
5.	Pelayanan Bedah Sentral	Waktu Tunggu Operasi Elektif	≤ 2 hari
		Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤ 1 %
		Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	100%
		Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%
		Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi	100%

		Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi	100%
		Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube	≤ 5%
6.	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	Pemberian Pelayanan Persalinan Normal	100% (Dokter spesialis kandungan, dokter umum dan bidan minimal DIII)
		Pemberian Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	100% (Dokter spesialis Kebidanan)
		Pemberian Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi.	100% (Dokter spesialis kandungan, dokter spesialis anak)
		Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500 gr	90%
		Pertolongan Persalinan Melalui Sectio Caesaria	≤ 25%
		Konseling Keluarga Berencana Mantap	100%
		Tidak Ada Kejadian Kematian Ibu Bersalin	100%
		Pelayanan Skrining Hipotiroid Kongenital Pada Bayi Baru Lahir	100%
		Kepuasan Pelanggan	≥80 %
7.	Pelayanan Intensif	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama <72 Jam	≤ 3 %
		Pemberi Pelayanan Unit Intensive	100% (Dokter spesialis Penyakit Dalam, dokter spesialis sesuai dengan kasus terkait, perawat minimal D3 mahir ICU, ICCU)
8.	Pelayanan Radiologi	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax	≤ 1 jam
		Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	≤2 %
		Kepuasan Pelanggan	≥80 %
9	Pelayanan Laboratorium	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Cito	< 120 menit
		Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
		Kepuasan Pelanggan	≥80 %
10.	Pelayanan Administrasi dan	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi	100%

	Manajemen		
		Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
		Ketepatan waktu pengusulan naik pangkat	100%
		Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%
		Karyawan Yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun	≥60 %
		Cost Recovery	≥40 %
		Ketepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	< 3 jam
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
11.	Pelayanan Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit
		Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit
		Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Dalam Pemberian Obat	≥90%
		Penulisan Resep Sesuai Formularium	100%
		Kepuasan Pelanggan	≥80 %
12.	Pelayanan Rekam Medik	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 72 Jam Setelah Pelayanan	100%
		Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%
		Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit
13.	Pelayanan Gizi	Ketepatan Waktu Pemberian Makan Pada Pasien	≥ 90 %
		Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	≤ 30 %
		Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Diet	≥95 %
		Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Inap Yang Terlayani	≥ 90 %
14.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	≥ 80 %
		Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%
		Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi	100%
15.	Pelayanan Transfusi Darah	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Tranfusi	100%

		Kejadian Reaksi Tranfusi	≤ 0,01%
16	Pelayanan Pengolahan Limbah / Sanitasi Rumah Sakit	Baku Mutu Limbah Cair a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6 - 9	100%
		Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan	100%
17	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%
18	Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah	Waktu Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah	24 jam
		Respon Time Pelayanan Ambulance Untuk Masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit
19	Pelayanan Pemulasan Jenazah	Waktu tanggapan pelayanan pemulasan jenazah	≥ 2 jam
20	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Tersedianya Anggota Tim PPI RS Yang Terlatih	75%
		Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)	50%
		Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial HAI (Health Care Associated Infection) di Rumah Sakit	75%
21	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap	100%

BUPATI MEMPAWAH,

ERLINA

Diundangkan di Mempawah,  
pada tanggal 05-05-2023  
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH

ISMAIL

BERITA DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH  
TAHUN 2023, NOMOR 18

LAMPIRAN II  
 PERATURAN BUPATI MEMPAWAH  
 NOMOR 18 TAHUN 2023  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
 DOKTER RUBINI MEMPAWAH TAHUN  
 2023 – 2027

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER RUBINI MEMPAWAH  
 TAHUN 2023 – 2027

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. Kemampuan Menangani *Life Saving* Di Gawat Darurat

Judul	:	Kemampuan menangani Life saving di unit gawat darurat
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis, keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi operasional	:	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airways, breathing, circulation.
Frekuensi updating Judul	:	setiap 1 bulan sekali
Periode dilakukan analisa	:	setiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapatkan pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan life saving di Gawat Darurat
Standar	:	100%
Sumber data	:	Rekam Medik di gawat darurat
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	:	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam

Definisi operasional	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat adalah waktu yang tersedia di pelayanan Gawat Darurat kepada masyarakat yaitu selama 24 jam penuh
Frekuensi updating Judul	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	Setiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam 1 bulan
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Laporan Bulanan
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi Gawat Darurat

c. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat BCLS/PPGD/ATLS/ACLS

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BCLS / PPGD / ATLS / ACLS yang masih berlaku
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tehnis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan kegawat daruratan oleh pemberi pelayanan yang bersertifikat dan kompeten di bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten di unit gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BCLS / PPGD / ATLS / ACLS
Frekuensi updating Judul	:	Setiap bulan
Periode dilakukan analisa	:	Setiap 3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/PPGD/ACLS/BTSL
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Kepegawaian RSUD dr. Rubini Mempawah
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala subbag kepegawaian

d. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Unit Gawat Darurat

Judul	:	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Unit Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Kesinambungan dan Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan di unit gawat darurat yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah waktu yang diperlukan sejak pasien datang hingga mendapatkan pelayanan dokter
Frekuensi updating Judul	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak hingga pasien dilayani oleh dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (n minimal= 50)
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Sumber data	:	Sample
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Rubini Mempawah

e. Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Gawat Darurat

Judul	:	Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Updating Judul	:	Setiap 1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	:	Setiap 3 Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvey (n minimal= 50)

Standart	:	≥80 %
Sumber Data	:	Survey
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

f. Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Unit Gawat Darurat

Judul	:	Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Kompetensi Tehnis
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Updating Judul	:	Setiap 3 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	:	Setiap 3 Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang ditangani di gawat darurat
Standar	:	≤ 2 perseribu
Sumber data numerator dan denominator	:	Rekam Medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

g. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	:	Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka
Dimensi mutu	:	Akses dan Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu memberikan pertolongan segera 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 updating Judul	:	Setiap 3 bulan

Periode dilakukan analisa	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Standart	:	100%
Sumber data	:	Survey
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

### a. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	:	Dokter Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis
Dimensi mutu	:	Kompetensi tehknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi operasional	:	Klinik Spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan dirumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanana rawat jalan spesialis yang minimal harus ada dirumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan dirumah sakit
Frekwensi	:	Tiap 1 bulan

pengumpulan data		
Periode analisis	:	Tiap 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
Penanggungjawab	:	Kepala instalasi rawat jalan

c. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	:	Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja disetiap rumah sakit
Definisi operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kepala instalasi rawat jalan

d. 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 petugas atau diperiksa oleh dokter spesialis di rawat jalan

Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang survey
Sumber data	:	SIMRS
Standar	:	≤ 120 menit
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

e. Kepuasan Pelanggan 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
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 80%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

f. Pasien Rawat Jalan Tuberklosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	:	Pasien Rawat Jalan Tuberklosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efesiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberklosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberklosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberklosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberklosis nasional. Penegakan diagnose tuberklosis dan follow up pengobatan Tuberklosis

	harus melalui pemeriksaan Mikroskopis, pengobatan menggunakan paduan obat anti Tuberklosis yang sesuai dengan standar penanggulangan Tuberklosis nasional dan semua pasien yang diobati di evaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan Tuberklosis nasional.
Frekwensi pengumpulan data	: Tiap 1 bulan
Periode analisis	: Tiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah semua pasien rawat jalan dengan Tuberklosis yang ditangani dengan startegi DOTS
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan Tuberklosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	: Register rawat jalan, Register TB 03 UPK
Standar	: 100%
Penanggungjawab	: Kepala instalasi rawat jalan

g. Penegakan Diagnosis Tuberklosis Melalui Pemeriksaan TCM

Judul	: Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan TCM
Dimensi mutu	: Efektifitas, keselamatan
Tujuan	: Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM
Definisi operasional	: Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM pada pasien rawat jalan
Frekwensi pengumpulan data	: Tiap 3 bulan
Periode analisis	: Tiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Denominator	: Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam tiga bulan
Sumber data	: Laporan / Register TB /Rekam medik
Standar	: 100%
Penanggungjawab	: Penanggung jawab Poli DOTS

h. Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV AIDS

Judul	:	Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV AIDS
Dimensi mutu	:	Akses dan efisensi
Tujuan	:	Terlaksananya pelayanan kesehatan orang yang berisiko terinfeksi HIV AIDS
Definisi operasional	:	<p>Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Edukasi perilaku berisiko</li> <li>2) Skrining</li> </ol> <p>Orang dengan risiko terinfeksi virus HIV yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ibu hamil</li> <li>2) Pasien TBC</li> <li>3) Pasien Infeksi Menular Seksual (IMS)</li> <li>4) Penjaja seks</li> <li>5) Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL)</li> <li>6) Transgender/Waria</li> <li>7) Pengguna napza suntik (penasun)</li> <li>8) Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP)</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Terapi</li> </ol>
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu tertentu.
Denominator	:	Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV di layanan rawat jalan dan rawat inap rumah sakit.
Sumber data	:	Laporan HIV / Rekam medis
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Penanggung Jawab Poli VCT

j. Pelayanan Balita Stunting Dan Wasting Yang dilayani di RS

Judul	:	Intervensi Balita Stunting Dan Wasting Yang dilayani di RS
Dimensi mutu	:	Akses dan Berorientasi pasien
Tujuan	:	Menurunkan prevalensi stunting dan wasting di rumah sakit

		akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan Multidisiplin yang bekerja secara Interdisiplin
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien lanjut usia yang mendapatkan pelayanan geriatri di rumah sakit.
Denominator	:	Jumlah pasien lanjut usia yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di rumah sakit.
Sumber data	:	Laporan Geriatri / Rekam medis
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 3. PELAYANAN RAWAT INAP

#### a. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Pemberi Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi tehknis
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 updating Judul	:	tiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Standar	:	a. Dokter umum dan spesialis b. Perawat minimal D3
Sumber data	:	Kepegawaian
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

b. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

Judul	:	Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	:	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi updating Judul	:	Tiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Rekam Medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi updating Judul	:	Tiap 3 bulan
Periode dilakukan analisa	:	tiap 3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisasi (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Standar	:	100% (Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan Bedah(kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)

Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

d. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	:	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi mutu	:	Akses Dan Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi updating Judul	:	Tiap bulan
Periode dilakukan analisa	:	Tiap 3 Bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Standar	:	≥ 80%
Sumber data	:	Survey
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

e. Kejadian Infeksi Paska Operasi

Judul	:	Kejadian Infeksi Paska Operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi
Definisi operasional	:	Infeksi paska operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan bersih yang dilaksanakan dirumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (kolor), kemerahan (rubor), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x 24 jam.
Frekuensi updating Judul	:	Tiap 1 bulan

Periode dilakukan analisa	:	tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Standar	:	$\leq 1\%$
Sumber data	:	Rekammedik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap / Tim PPI

f. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	:	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial dirumah 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 updating	:	Tiap 1 bulan
Judul	:	
Periode dilakukan analisa	:	tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	$\leq 1\%$
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap / Tim PPI

g. Kematian pasien > 48 jam

Judul	:	Kematian pasien lebih dari 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien lebih dari 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit

Frekuensi updating Judul	:	Tiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	Tiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap lebih dari 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	$\leq 0,25\%$
Sumber data	:	Rekam Medis
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

h. Kejadian pulang paksa

Judul	:	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan
Definisi operasional	:	Pulang paksa atau pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan pulang oleh dokter
Frekuensi updating Judul	:	Tiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	$\leq 5\%$
Sumber data	:	Rekam medis
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

i. 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 updating Judul	:	Tiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	Tiap 3 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
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

j. Bed Occupancy Rate (BOR)

Judul	:	<i>Bed Occupancy Rate – BOR</i>
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan	:	Mendapatkan gambaran pemanfaatan tempat tidur pasien rawat inap
Definisi Operasional	:	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemanfaatan tempat tidur dalam periode waktu tertentu
Frekuensi updating Judul	:	Tiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari perawatan rumah sakit pada satuan waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah tempat tidur yang tersedia di tiap bangsal rawat inap x Jumlah hari pada satuan waktu tertentu
Standar	:	$\geq 60\%$
Sumber data	:	Rekam Medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

k. Average Length Of Stay

Judul	:	<i>Average Length Of Stay - Av LOS (hari)</i>
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan	:	Untuk mengetahui rata-rata jumlah hari perawatan pasien
Definisi Operasional	:	<i>Average Length Of Stay</i> adalah angka yang menunjukkan rata-rata lamanya pasien dirawat.

Frekuensi updating Judul	:	Tiap 1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah lama hari dirawatnya seorang pasien
Denominator	:	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)
Standar	:	≤5 hari
Sumber data	:	Rekam Medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

1. Bed Turn Over-BTO

Judul	:	<i>Bed Turn Over - BTO (kali)</i>
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan	:	Untuk mengetahui frekuensi penggunaan tempat tidur oleh pasien
Definisi Operasional	:	<i>Bed Turn Over</i> adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu.
Frekuensi updating Judul	:	1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)
Denominator	:	Jumlah tempat tidur
Standar	:	40 -50 kali
Sumber data	:	Rekam Medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

m. *Turn Over Interval* (TOI)

Judul	:	<i>Turn Over Interval - TOI (hari)</i>
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan	:	Untuk mengetahui rerata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat terisi pasien berikutnya
Definisi Operasional	:	<i>Turn Over Interval</i> adalah rata-rata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat

		terisi pasien berikutnya
Frekuensi updating Judul	:	1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	3 bulan
Numerator	:	(Jumlah tempat tidur x Periode) – Hari perawatan)
Denominator	:	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)
Standar	:	≤ 3 hari
Sumber data	:	Rekam Medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

n. Pasien Rawat Inap Yang Dirujuk

Judul	:	Prosentase pasien rawat inap yang di rujuk
Dimensi mutu	:	kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Untuk mengetahui kesiapan pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	:	Prosentase pasien rawat inap yang dirujuk ke rumah sakit lain
Frekuensi updating Judul	:	1 bulan
Periode dilakukan analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang dirujuk pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Total pasien rawat inap pada periode waktu tertentu
Standar	:	≤ 5 %
Sumber data	:	Rekam Medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

o. Pasien Yang Memperoleh Infomasi Pre-Operatif

Judul	:	Prosentasi pasien yg memperoleh informasi pre-operatif
Dimensi mutu	:	<i>Technical competence</i>
Tujuan	:	Untuk mengetahui kewajiban dokter dalam memberikan penjelasan pada pasien yang akan dilakukan operasi
Definisi Operasional	:	Prosentasi pasien yg memperoleh informasi pre-operatif
Frekuensi updating Judul	:	Tiap 1 bulan

Periode dilakukan analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang menerima informasi pre-operatif
Denominator	:	Jumlah pasien yang dijadualkan untuk mendapatkan tindakan operatif
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

p. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	:	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi updating	:	Tiap 1 bulan
Judul	:	
Periode dilakukan analisa	:	tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam Prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal =50)
Standar	:	≥ 80%
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

4. PELAYANAN PASIEN MISKIN

a. Jumlah Pasien Miskin Yang Dirawat

Judul	:	Jumlah Pasien Miskin Yang Dirawat yang dijamin dengan sistem JKN
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan	:	Untuk mengetahui jumlah pasien miskin/tidak mampu yang seharusnya dirawat.
Definisi Operasional	:	Jumlah pasien miskin yang dirawat adalah jumlah pasien miskin yang seharusnya mendapatkan perawatan di bangsal.

Frekuensi updating Judul	:	1 bulan
Periode analisa dilakukan	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien miskin yang dirawat
Denominator	:	Jumlah pasien miskin yang seharusnya dirawat
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Rekam Medik, pengelola JKN
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

5. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

a. 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 adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai saat operasi dilakukan
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 2 hari
Penanggungjawab	:	Kepala unstalasi bedah sentral

b. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	:	Kejadian Kematian Di Meja Operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan, Efektifitas.
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan

		pasien
Definisi operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang tidak diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 1 %
Penanggungjawab	:	Kepala instalasi bedah Sentral/ Komite Medik

c. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekwensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan di kurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

d. Tidak Ada Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekwensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan di kurangi jumlah pasien salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

e. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang ditetapkan
Definisi operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekwensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan di kurangi jumlah pasien yang mengalami sala tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien

Standar	:	100 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

f. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekwensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan di kurangi 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 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

g. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	:	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Definisi operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Frekwensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 5 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

6. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI  
a. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	:	Pemberian Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter spesialis obstetri ginekologi, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter spesialis kebidanan, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal .
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 % (Dokter spesialis Obgyn, dokter umum dan bidan D III)
Penanggungjawab	:	Komite Mutu

b. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	:	Pemberian Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tehnis
Tujuan	:	Teredianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter spesialis obstetri ginekologi, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan lahir diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan antepartum, eklampsia dan preeklampsia, tali pusat menumbung.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis dan dokter umum dan bidan terlatih
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data	:	Kepegawaian dan rekam medik
Standar	:	100% (Dokter spesialis Kebidanan (Sp.OG)
Penanggungjawab	:	Kepala instalasi kebidanan

c. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	:	Pemberian Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi.
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tehnis
Tujuan	:	Teredianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter spesialis obstetri ginekologi, dokter spesialis anak, dan dokter spesialis anastesi
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan

Numerator	:	Jumlah tenaga dokter spesialis kandungan, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinaan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh dokter yang memberikan pelayanan persalinaan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Kepegawaian dan rekam medik
Standar	:	100 % (Dokter kandungan, dokter spesialis anak )
Penanggungjawab	:	Komite medik

d. Kemampuan Menangani BBLR 1500gr - 2500gr

Judul	:	Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500gr
Dimensi mutu	:	Efektifiats dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR .
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan antara 1500g - 2500g.
Frekwensi pengumpulan data	:	satu bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500gr - 2500gr yang berhasil ditangani.
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500gr - 2500gr yang ditangani
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	90%
Penanggungjawab	:	Komite Mutu

e. Pertolongan Persalinan Melalui Sectio Caesaria

Judul	:	Pertolongan Persalinaan Melalui Sectio Caesaria
Dimensi mutu	:	Efektifitas / Efisiensi Dan Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinaan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efesien
Definisi operasional	:	Sectio caesaria adalah tindakan persalinaan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan

Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan sectio caesaria dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 25%
Penanggungjawab	:	Komite Medik

f. Konseling Keluarga Berencana Mantap

Judul	:	Konseling 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.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	:	Laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Pj. PKBRS

g. Tidak Adanya Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	:	Tidak adanya Kematian Ibu Karena Persalinan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui Mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	:	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama, anemia berat dan sepsis dan penyulit lainnya.

	<p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah sistolik 160 mmhg dan diastolic 110 mmhg</li> <li>• Protein urea . 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>• Edema tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Anemia Berat adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari Hb &lt; 7 gr%.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh penolong.</p>
Frekwensi pengumpulan data	: Tiap satu bulan
Periode analisis	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah kematian ibu bersalin
Denominator	: Jumlah ibu bersalin di rumah sakit.
Sumber data	: Rekam medik
Standar	: 100 %
Penanggungjawab	: Komite Mutu

h. Pelayanan Skrining Hipotiroid Kongenital Pada Bayi Baru Lahir

Judul	: Pelayanan Skrining Hipotiroid Kongenital Pada Bayi Baru Lahir
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengetahui Mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan skrining hipotiroid kongenital pada bayi baru lahir.
Definisi operasional	: Skrining Hipotiroid Kongenital adalah Skrining yang dilakukan pada bayi baru lahir untuk memilah bayi yang menderita Hipotiroid Kongenital (HK) dan bayi yang bukan penderita

	<p>untuk menjanging apabila ada risiko kelainan dalam tumbuh kembang anak.</p> <p>Skrining Hipotiroid Kongenital dilakukan dengan pengambilan sampel darah pada tumit bayi yang berusia minimal 48 sampai 72 jam dan maksimal 2 minggu oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan pemberi layanan Kesehatan Ibu dan Anak (baik FKTP maupun FKRTL), sebagai bagian dari pelayanan neonatal esensial.</p> <p>Darah diambil sebanyak 2-3 tetes dari tumit bayi kemudian diperiksa di laboratorium.</p> <p>Apabila hasilnya positif, bayi harus segera diobati sebelum usianya 1 bulan agar terhindar dari kecacatan, gangguan tumbuh kembang, keterbelakangan mental dan kognitif.</p>
Frekwensi pengumpulan data	: Tiap satu bulan
Periode analisis	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah bayi yang dilakukan skrining hipotiroid kongenital.
Denominator	: Jumlah bayi yang lahir di rumah sakit pada satu periode tertentu.
Sumber data	: Rekam medik, Laporan SHK
Standar	: 100%
Penanggungjawab	: Komite Medik

i. 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
Frekwensi pengumpulan data	: Setiap 1 bulan
Periode analisis	: Setiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah Kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 80%
Penanggungjawab	:	Kepala Ruangan Kebidanan

7. PELAYANAN INTENSIF

a. 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 ke perawatan Intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 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 Intensif dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensive

b. Pemberi Pelayanan Unit Intensive

Judul	:	Pemberian Pelayanan Unit Intensive
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensive oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan Intensive adalah dokter spesialis Penyakit Dalam dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, minimal Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan

Numerator	:	Jumlah dokter spesialis Penyakit Dalam dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat minimal perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100% (Dokter spesialis Penyakit Dalam, dokter spesialis sesuai dengan kasus terkait, minimal perawat D3 mahir ICU, ICCU, PICU/NICU.)
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensive

## 8. PELAYANAN RADIOLOGI

### a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	:	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax
Dimensi mutu	:	Efektivitas / Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien dilakukan foto thorax sampai menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 1 jam
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

### b. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	:	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Efisiensi

Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efesiensi pelayanan Rontgen
Definisi operasional	:	Kegagalan pelayanan Rontgen adalah merusak foto yang tidak dapat dibaca.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	:	Buku Register Radiologi
Standar	:	$\leq 2 \%$
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

c. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekwensi pengumpulan data	:	satu bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggungjawab	:	Tim mutu

9. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Cito

Judul	:	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Cito
Dimensi mutu	:	Efektifitas/ efesiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium

Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium cito, waktu tunggu hasil pelayanan pemeriksaan laboratorium cito adalah tenggang waktu mulai pengambilan sampel diterima petugas laboratorium cito hingga pemeriksaan selesai dikerjakan.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan pemeriksian laboratorium cito yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien yang diperiksa dilaboratorium dan disurvei (n = 50) dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Survey
Standar	:	< 120 menit
Penanggungjawab	:	Kepala instalasi laboratorium

b. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksian Laboratorium

Judul	:	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksian Laboratorium
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan Laboratorium Klinik.
Definisi operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa laboratorium klinik dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100%

Penanggungjawab	:	Kepala instalasi laboratorium
-----------------	---	-------------------------------

c. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei yang menyatakan puas (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 80%
Penanggungjawab	:	Komite mutu

10. Pelayanan Administrasi Dan Mangemen

a. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	:	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi
Dimensi mutu	:	Efektifitas
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.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan

Numerator	:	Hasil keputusan yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Direktur

b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	:	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung-jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat capaian Judul-Judul yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), Judul-Judul kinerjan pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan Judul-Judul lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bidang Perencanaan
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Direktur

c. Ketepatan Waktu Pengusulan Naik Pangkat.

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan naik pangkat
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Efisiensi Dan Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	:	Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 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%
Penanggungjawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

d. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala.

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	:	Usulan Kenaikan berkala adalah Kenaikan gaji berkala secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (Peraturan Pemerintah Nomor 30 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketujuh Belas Atas Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1977 tentang Peraturan Gaji Pegawai Negeri Sipil)
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan

		gaji berkala dalam satu tahun.
Sumber data	:	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

e. Karyawan Yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun.

Judul	:	Karyawan Yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tehnis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia.
Definisi operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi pegawai yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan Rumah Sakit
Sumber data	:	Bidang pendidikan dan sumberdaya manusia (SDM) rumah sakit dan bagian kepegawaian
Standar	:	> 60 %
Penanggungjawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

f. Cost Recovery

Judul	:	Cost Recovery
Dimensi mutu	:	Efisiensi, Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah perbelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.

Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Laporan Sub Bagian Perencanaan
Standar	:	≥ 40%
Penanggungjawab	:	Kepala Sub Bag Perencanaan Keuangan

g. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap.

Judul	:	Ketepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap.
Dimensi mutu	:	Efektifitas, 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 ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 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 1 bulan
Sumber data	:	Hasil Pengamatan
Standar	:	<3 jam
Penanggungjawab	:	Bagian Kasir

h. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif TPP) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	:	Efektifitas

Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Insentif adalah Imbalan TPP yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan realisasi pendapatan dan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian intensif
Denominator	:	6 (enam bulan) sesuai periode analisis
Sumber data	:	Catatan di bagian anggaran dan pembendaharaan
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Bendahara Gaji/TP

## 11. PELAYANAN FARMASI

### a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	:	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Kestinambungan 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.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 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 menit
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi farmasi

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	:	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Kesenambungan 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.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Dalam Pemberian Obat

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Dalam Pemberian Obat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	:	Terjaminnya pelayanan pemberian obat yang aman dan mengutamakan keselamatan
Definisi operasional	:	Kesalahan pemberian obat adalah suatu kesalahan pemberin obat kepada pasien, yang dapat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	:	Survey

Standar	:	≥ 90%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi farmasi

d. Penulisan Resep Sesuai Dengan 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
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 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%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi farmasi

e. 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
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥80%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi farmasi

12. PELAYANAN REKAM MEDIK

a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 72 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	:	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 72 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan Pelayanan Dan Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab PPA (Profesional Pemberi Asuhan) dalam kelengkapan pelayanan rekam medik
Definisi operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh PPA dalam waktu 72 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi : identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan (medis, gizi, keperawatan, farmasi) tindak lanjut dan resume. PPA (Profesional Pemberi Asuhan) adalah mereka yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien, antara lain dokter, perawat, bidan, ahli gizi, apoteker, psikolog klinis, fisioterapis dsb.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 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%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik/ Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	:	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggungjawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi operasional	:	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasein/keluarga

		pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan yang disurvei dan mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan yang disurvei dalam satu bulan.
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

c. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Kenyamanan Dan Efesien
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik adalah waktu mulai pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ ditemukan oleh petugas.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati.
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	:	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ diruang rekam medik untuk pasien lama.
Standar	:	≤ 10 menit
Penanggungjawab	:	Kepala Bagian Rekam Medik

### 13. PELAYANAN GIZI

#### a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Pada Pasien

Judul	:	Ketepatan Waktu Pemberian Makan Pada Pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Akses Dan Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat map yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat map yang disurvei
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 90%
Penanggungjawab	:	Kepala instalasi gizi

#### b. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	:	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan Efesien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efesiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak termakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey

Standar	:	≤ 30%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Gizi

c. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	:	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi mutu	:	Keamanan dan Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Kesalahan dalam pemberian diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 95%
Penanggungjawab	:	Kepala instalasi gizi

d. Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Inap Yang Terlayani

Judul	:	Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Inap Yang Terlayani
Dimensi mutu	:	Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan Instalasi Gizi
Definisi operasional	:	Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani adalah jumlah pasien rawat inap yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu

Sumber data	:	Blanko permintaan konsultasi gizi rawat inap
Standar	:	≥ 90%
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Gizi

14. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	:	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Efisiensi dan Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas datang melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 1 jam harus sudah ditanggapi.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang dari atau sama dengan 1 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	:	≥ 80%
Penanggungjawab	:	Kepala IPRS

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	:	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Efisiensi dan Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ service untuk tiap-tiap alat sesuai dengan

		ketentuan yang berlaku
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	:	Register Pemeliharaan Alat
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kepala IPRS

c. Peralatan Alat Kesehatan Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	:	Peralatan Alat Kesehatan Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi alat kesehatan untuk pelayanan.
Definisi operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan atau lembaga lainnya yang berkompeten.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 tahun
Periode analisis	:	Tiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat kesehatan yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah alat kesehatan yang seharusnya dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	:	Buku Register pemeliharaan alat dan kalibrasi
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kabid Penunjang / Kepala IPRS

15. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

a. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Tranfusi

Judul	:	Pemenuhan Kebutuhan Darah bagi Setiap Pelayanan Tranfusi.
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan.
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	:	Cukup Jelas
Frekwensi 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	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah RS

b. Kejadian Reaksi Tranfusi

Judul	:	Kejadian reaksi tranfusi
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen resiko pada BDRS
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.
Frekwensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat tranfusi dalam satu 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤ 0,01%
Penanggung jawab	:	Penanggung Jawab BDRS

16. PELAYANAN SANITASI RUMAH SAKIT

a. 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 ditolelir dan diukur dengan indikator: BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/lt COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/lt TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/lt P H : 6 – 9
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit yang sesuai baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kepala Sanitasi Rumah Sakit

b. Pengelolaan 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 padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan 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.

Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 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%
Penanggungjawab	:	Kepala sanitasi rumah sakit/ IPCN rumah sakit

## 17. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

### a. 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
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 50 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

### b. 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.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

c. 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
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

18. PELAYANAN AMBULANCE / KERETA JENAZAH

a. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

Judul	:	Waktu Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance/ kereta jenazah yang dapat di akses setiap waktu oleh pasien/ keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance / kereta jenazah untuk kebutuhan pasien / keluarga pasien
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Buku register pemakaian ambulance
Standar	:	24 jam
Penanggungjawab	:	Kasubag Umum /Koordinator sopir ambulance

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	:	Kecepatan memberikan Pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah Di Rumah Sakit
Dimensi mutu	:	Kenyamanan, Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / mobil jenazah
Definisi operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / mobil jenazah di rumah sakit adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance / mobil jenazah diajukan oleh pasien /keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance / mobil jenazah. Maksimal 30 menit.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan

Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance / mobil jenazah $\leq$ 30 menit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan pemakaian ambulance / mobil jenazah
Sumber data	:	Buku Register Pemakaian Ambulance
Standar	:	100%
Penanggungjawab	:	Kasubag Umum / Koordinator Sopir Ambulance

## 19. PEMULASARAN JENAZAH

### a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Judul	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan.
Denominator	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	$\leq$ 2 jam
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

## 20. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

### a. Tersedianya Anggota Tim PPI RS Yang Terlatih

Judul	:	Tersedianya Anggota Tim PPI RS Yang Terlatih
Dimensi mutu	:	Kompetensi Tehknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI RS

Definisi operasional	:	TIM PPI RS adalah anggota tim PPI yang telah mendapatkan pelatihan dan mengikuti pendidikan dasar dan lanjut PPI.
Frekwensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah seluruh anggota Tim PPI RS
Sumber data	:	Komite PPI RS
Standar	:	≥75 %
Penanggungjawab	:	Ketua komite PPI RS

b. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Judul	:	Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	:	Tersedianya APD disetiap ruangan dan instalasi.
Definisi operasional	:	Alat Perlindungan Diri adalah 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.
Frekwensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi atau ruangan yang telah tersedia APD
Denominator	:	Jumlah seluruh instalasi atau ruangan di Rumah Sakit
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggungjawab	:	Tim PPI RS

21. PELAYANAN LAUNDRY

a. 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