



BUPATI BUOL
PROVINSI SULAWESI TENGAH

PERATURAN BUPATI
NOMOR 23 TAHUN 2022
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAYANAN TERPADU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOKOYURLI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BUOL,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah Perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelayanan Terpadu Rumah Sakit Umum Daerah Mokoyurli.
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945;
2. Undang-Undang Nomor 51 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Buol, Kabupaten Morowali dan Kabupaten Banggai Kepulauan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 179, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3900) sebagaimana telah diubah dengan undang-undang Nomor 11 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 1999 tentang Pembentukan

Kabupaten Buol, Kabupaten Morowali dan Kabupaten Banggai Kepulauan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3966);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAYANAN TERPADU RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOKOYURLI.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan, kepuasan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan

mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya yang terdiri dari perencanaan dan penganggaran, dokumen pelaksanaan anggaran, pendapatan dan belanja, pengelolaan kas, pengelolaan piutang dan utang, investasi, pengelolaan barang, akuntansi dan pelaporan serta pertanggungjawaban, akuntabilitas kinerja, surplus dan defisit.

2. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Mokoyurli Kabupaten Buol yang selanjutnya disebut BLUD adalah instansi di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Buol yang dibentuk untuk memberikan jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk menutupi biaya operasional dan pemeliharaan jasa, yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
3. Direktur BLUD UPT RSUD Mokoyurli adalah pejabat yang bertanggungjawab atas pelaksanaan pengadaan barang atau jasa yang dibiayai dari Jasa Layanan, hibah tidak terikat, hasil kerjasama dengan pihak lain dan lain-lain pendapatan BLUD UPT RSUD Mokoyurli yang sah
4. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD Mokoyurli yaitu segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
5. Urusan Pemerintahan Wajib adalah Urusan Pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua Daerah.
6. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal yang diberikan UPT RSUD Mokoyurli.

8. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
9. Kebutuhan Dasar Warga Negara adalah barang dan atau jasa dengan kualitas dan jumlah tertentu yang berhak diperoleh oleh setiap individu agar dapat hidup secara layak.
10. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal.
11. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai dengan standar teknis agar hidup secara layak.
12. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
13. Warga Negara adalah orang bangsa Indonesia asli dan orang bangsa lain yang disahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.
14. Program adalah penjabaran kebijakan Perangkat Daerah dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan tugas dan fungsi.
15. Kegiatan adalah serangkaian aktivitas pembangunan yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah untuk menghasilkan keluaran dalam rangka mencapai hasil suatu program.
16. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk

dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

17. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahane terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
18. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
19. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
20. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
21. Pembilang atau numerator adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
22. Penyebut atau denominator adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
23. Hari adalah hari kerja.
24. Standar adalah ukuran pencapaian mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
25. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
26. Daerah adalah Daerah Kabupaten Buol.
27. Pemerintah Daerah adalah Bupati Buol sebagai unsur pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom kabupaten.
28. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati Buol dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah kabupaten.
29. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Buol.

30. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Mukoyurli milik Pemerintah Kabupaten Buol yang berkedudukan di Kabupaten Buol Propinsi Sulawesi Tengah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK – BLUD).
31. Bupati adalah Bupati Kabupaten Buol Propinsi Sulawesi Tengah.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSUD Mukoyurli Kabupaten Buol.
- (2) Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah:
- a. menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD Mukoyurli Kabupaten Buol dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan
 - b. memberikan kepastian hukum bagi RSUD Mukoyurli Kabupaten Buol dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat.

Pasal 3

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini, meliputi:

- a. prinsip penyusunan SPM;
- b. jenis pelayanan, indikator, standar pelayanan dan rencana capaian SPM; dan
- c. pengorganisasian, evaluasi, pembinaan, pengawasan dan pelaporan.

BAB II

PRINSIP PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 4

- (1) Prinsip penyusunan Standar Pelayanan Minimal sebagai berikut:
- a. konsensus;
 - b. sederhana;

- c. nyata;
 - d. terukur;
 - e. terbuka;
 - f. terjangkau;
 - g. akuntabel; dan
 - h. bertahap.
- (2) Konsensus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a yakni berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun.
- (3) Sederhana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b yakni SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
- (4) Nyata sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c yakni SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis.
- (5) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d yakni seluruh indikator dan standar di dalam SPM harus dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif.
- (6) Terbuka sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e yakni SPM harus dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
- (7) Terjangkau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f yakni SPM harus dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
- (8) Akuntabel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g yakni SPM harus dapat dipertanggung gugatkan kepada publik.
- (9) Bertahap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h yakni SPM harus mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampun keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

BAB III

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR PELAYANAN DAN RENCANA CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 5

Jenis pelayanan di UPT RSUD Mukoyurli sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan transfusi darah;
- m. pelayanan keluarga miskin;
- n. pelayanan rekam medis;
- o. pengelolaan limbah;
- p. pelayanan administrasi manajemen;
- q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- r. pelayanan pemulasaran jenazah;
- s. pelayanan laundry;
- t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- u. pencegahan pengendalian infeksi.

Bagian Kedua
Indikator Dan Standar Pelayanan

Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan UPT RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 diukur sesuai dengan indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai

ukuran layanan minimal yang diberikan kepada masyarakat.

- (3) Indikator dan standar pelayanan RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilaksanakan dan dipenuhi oleh UPT RSUD Mokoyurli dalam batas waktu yang ditentukan.
- (4) Pimpinan dan Pejabat Pengelola BLUD di lingkungan UPT RSUD Mokoyurli bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSUD Kajeo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran 1 yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Rencana Capaian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 7

- (1) Pimpinan dan Pejabat Pengelola BLUD menyusun rencana capaian standar pelayanan minimal meliputi jenis pelayanan, indikator dan standar pelayanan.
- (2) Rencana capaian standar pelayanan minimal memuat target dan waktu pencapaian.
- (3) Pimpinan dan Pejabat Pengelola BLUD dalam menyusun rencana capaian standar pelayanan minimal memperhatikan data dasar dan kemampuan UPT RSUD Mokoyurli yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumberdaya yang ada, serta memperhatikan target Standar Pelayanan Minimal Nasional.
- (4) Rencana capaian standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan kepada Bupati untuk ditetapkan.
- (5) Pimpinan BLUD menyusun dan melaporkan capaian standar pelayanan minimal kepada Bupati paling lambat 2 (dua) bulan setelah berakhirnya tahun anggaran.

BAB IV
PENGORGANISASIAN, EVALUASI, PEMBINAAN,
PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Bagian Kesatu
Pengorganisasian

Pasal 8

- (1) Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh UPT RSUD Mokoyurli.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.

Bagian Kedua
Evaluasi

Pasal 9

- (1) SPM UPT RSUD Mokoyurli wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur UPT RSUD Mokoyurli.
- (2) Evaluasi dan perbaikan SPM UPT RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib disampaikan kepada Bupati guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM UPT RSUD Mokoyurli.

Bagian Ketiga
Pembinaan

Pasal 10

- (1) Bupati wajib menyelenggarakan pembinaan penerapan SPM UPT RSUD Mokoyurli.
- (2) Pembinaan penerapan SPM UPT RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

- (3) Guna mendukung pembinaan penerapan SPM UPT RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur wajib memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan UPT RSUD Mokoyurli sesuai dengan SPM.
- (4) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

Bagian Keempat Pengawasan Dan Pelaporan

Pasal 11

- (1) Bupati wajib menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM UPT RSUD Mokoyurli.
- (2) Pengawasan penerapan SPM UPT RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah (APIP).

Pasal 12

- (1) Direktur UPT RSUD Mokoyurli menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM UPT RSUD Mokoyurli setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM UPT RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.

- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM UPT RSUD Mokoyurli sebagaimana dimaksud pada ayat (1), guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM UPT RSUD Mokoyurli.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

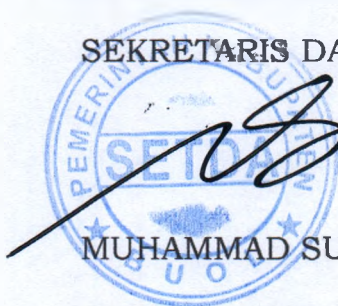
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Buol.

Ditetapkan di Buol
pada tanggal 20 Desember 2022


Pj. BUPATI BUOL,
M. MUCHLIS

Diundangkan di Buol
pada tanggal 20 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BUOL,


MUHAMMAD SUPRIZAL JUSUF

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI BUOL NOMOR 23
TAHUN 2022
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MOKOYURLI KABUPATEN BUOL

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOKOYURLI KABUPATEN BUOL

JENIS PELAYANAN	N O	INDIKATOR	STANDAR
Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100 %
	2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam
	3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat minimal satu diantara ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100 %
	4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 (satu) tim
	5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di IGD	5 menit terlayani setelah pasien datang
	6	Kepuasan Pelanggan	70 %
	7	Kematian pasien $\leq$ 24 Jam	2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
	8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %
Rawat Jalan	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis

	2	Ketersediaan Pelayanan	1. Klinik Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah
	3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja, kecuali jum'at : 08.00 – 11.00 WIB
	4	Waktu tunggu di rawat jalan	60 menit
	5	Kepuasan Pelanggan	90 %
	6	a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan Mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	
Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1. Dr. Spesialis 2. Perawat minimal pendidikan D3
	2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
	3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	1. Anak 2. Penyakit Dalam 3. Kebidanan 4. Bedah
	4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
	5	Kejadian infeksi pasca operasi	Maksimal 1,5 %
	6	Kejadian Infeksi Nosokomial	Maksimal 1,5 %
	7	Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	100 %

	8	Kematian pasien > 48 jam	0,24 %
	9	Kejadian pulang paksa	Maksimal 5 %
	10	Kepuasan pelanggan	90 %
Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	2 hari
	2	Kejadian Kematian di meja operasi	Maksimal 1 %
	3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
	4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
	5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %
	6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %
	7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	6 %
Persalinan dan Perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. Perdarahan max 1 % 2. Pre-eklampsia max 30 % 3. Sepsis maksimal 0,2 %
	2	Pemberi pelayanan persalinan normal	1. Dokter Sp. OG 2. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) 3. Bidan
	3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
	4	Pemberi pelayanan persalinan dengan	1. Dokter Sp. OG 2. Dokter Sp. A

		tindakan operasi	3. Dokter Sp.An
	5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100 %
	6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	Maksimal 20 %
	7	Kepuasan Pelanggan	80 %
Intensif Care	1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	Maksimal 3 %
	2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	1. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani 2. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU atau setara (D4)
Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Maksimal 3 jam
	2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Radiologi
	3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Maksimal kerusakan foto 2 %
	4	Kepuasan pelanggan	80 %
Laboratorium Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	Maksimal 140 menit
	2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik
	3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %

	4	Kepuasan pelanggan	80 %
Rehabilitasi Medis	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	Maksimal 50 %
	2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %
	3	Kepuasan Pelanggan	80 %
Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan	a. 30 menit b. 60 menit
	2	Tidak adanya Kejadian kesalahan Pemberian obat	100 %
	3	Kepuasan pelanggan	80 %
	4	Penulisan resep sesuai formularium	100 %
Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	90 %
	2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	Maksimal 20 %
	3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %
Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %
	2	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %
Pelayanan Keluarga Miskin		Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %
Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %
	2	Kelengkapan Informed Consent setelah	100 %

		mendapatkan informasi yang jelas	
	3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 menit
	4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	15 menit
Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	3. BOD < 30 mg/l 4. COD < 80 mg/l 5. TSS < 30 mg/l 6. PH 6-9
	2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %
Administrasi dan Manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %
	2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
	3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
	4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %
	5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	60 %
	6	Cost recovery	40 %
	7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
	8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Maksimal 2 jam
	9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %

Ambulance dan Kereta Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah	24 jam
	2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit	30 menit
Pemulasaraan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	2 jam
Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	80 %
	2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
	3	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %
Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
	2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1	Ada anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim Terlatih minimal 75%
	2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60 %
	3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>Health Care Associated Infection (HAI)</i> di RS (minimal satu parameter)	75 %


 Pj. BUPATI BUOL,
 M. MUCHLIS

LAMPIRAN II

PERATURAN BUPATI BUOL NOMOR 23
TAHUN 2022

TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOKOYURLI
KABUPATEN BUOL

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MOKOYURLI KABUPATEN BUOL

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Life Saving di Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Judul	Kemampuan Menangani Life Saving Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation (ABC)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan life saving
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Sample
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

5. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

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

Sumber data	Survey
Standar	70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu / panitia mutu

6. Kematian Pasien $\leq$ 24 Jam Di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien $\leq$ 24 Jam Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialisistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu Di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai

Operasional	pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

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

C. PELAYANAN RAWAT INAP

C1. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

C2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

C3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumahsakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumahsakit. Untuk rumahsakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumahsakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

C4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan

Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

C5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimum 1,5 %
Penanggung jawab	Ketua komide medik/komite mutu/tim mutu

C6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit

Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	1,50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

C7. 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 di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

C8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	25/1000
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

C9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimum 5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

C10. 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 pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	90%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

D. PELAYANAN BEDAH

D1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, Kesiambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

D2. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	Kejadian Kematian Di Meja Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode 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 medis
Standar	1 %
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

D3. 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 pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

D4. Tidak Adanya 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

D5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan

Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

D6. 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala intalasi bedah sentral/komite medis

D7. 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 berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

E1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan

Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, partus lama, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1 %
Penanggung jawab	Komite medik

E2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite mutu

E3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia

Penanggung jawab	Komite mutu
------------------	-------------

E4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

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

E5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr

Judul	Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani

Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

E6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimum 20 %
Penanggung jawab	Komite mutu

E7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

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

F. PELAYANAN INTENSIF

F1. 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimum 3 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

F2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

G. PELAYANAN RADIOLOGI

G1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimum 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiology

G2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiology
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

G3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	Maksimal 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

G4. Kepuasan Pelanggan

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

H. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

H1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	Maksimal 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

H2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

H3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

H4. Kepuasan Pelanggan

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

I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

I1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimal 50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

I2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah seluruh pasien yang 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 medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

I3. Kepuasan Pelanggan

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

J. PELAYANAN FARMASI

J1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

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

J2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

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

J3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat

Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

J4. Kepuasan Pelanggan

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

J5. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
-------	------------------------------------

Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

K. PELAYANAN GIZI

K1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

K2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisisen
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumahsakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

K3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

L1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan Bank Darah

L2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis

Standar	0,01 %
Penanggung jawab	Kepala UTD

M. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

M1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan

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

N. PELAYANAN REKAM MEDIS

N1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik

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

N2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

N3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

N4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

O. PENGELOLAAN LIMBAH

O1. 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/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu

O2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : Sisa jarum suntik Sisa Ampul Kasa bekas Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

P. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

P1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

P2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan

Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumahsakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%

P3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

P4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang 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 Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

P5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun

Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

P6. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bag keuangan
Standar	40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

P7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas

	Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100%

P8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	maksimal 2 jam

P9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

Q. PELAYANAN AMBULANS/KERETA JENAZAH

Q1. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam

Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah
---------------------------------	---

Q2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah Di Rumah Sakit

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

R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

R1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah

Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

S. PELAYANAN LAUNDRY

S1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

S2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas

Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

T. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

T1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

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

T2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

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

T3. Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

U. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

U1. Tim PPI

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

U2. Koordinasi APD

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

Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

U3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Pj. BURATI BUOL,

M. MUCHLIS