

BUPATI PASAMAN BARAT
PROVINSI SUMATERA BARAT

RANCANGAN
PERATURAN BUPATI PASAMAN BARAT

NOMOR TAHUN

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH UJUNG GADING

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PASAMAN BARAT,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Ujung Gading;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Dharmasraya, Kabupaten Solok Selatan, dan Kabupaten Pasaman Barat di Provinsi Sumatera Barat (Lembaran Daerah Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2003 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4348);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;

th

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UJUNG GADING.

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Pasaman Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Pasaman Barat.
3. Bupati adalah Bupati Pasaman Barat.
4. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut PPK-BLUD, adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ujung Gading.
6. Direktur adalah direktur RSUD.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimal yang diberikan RSUD.

Pasal 2

- (1) RSUD menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sesuai dengan SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. jenis pelayanan;
 - b. indikator kinerja; dan
 - c. standar pencapaian.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit oleh RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga yang mempunyai kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya :
 - a. penyembuhan;
 - b. pemulihan;
 - c. pencegahan;
 - d. promosi;
 - e. rujukan;
 - f. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan; dan
 - g. pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis pelayanan RSUD meliputi :
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;

- d. pelayanan bedah;
- e. dst (sesuaikan dengan existing dan rincian yang ada dalam Lampiran);
- f. dst
- g. dst

Pasal 4

Indikator kinerja dan standar pencapaian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b dan huruf c, tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 5

- (1) RSUD wajib menerapkan PPK-BLUD berdasarkan SPM sesuai dengan Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan kesehatan di RSUD.
- (3) Direktur menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD sesuai SPM secara tertulis kepada Bupati melalui kepala perangkat daerah yang membidangi urusan kesehatan.

Pasal 6

- (1) Penyediaan jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada Pasal 3 ayat (2) dipenuhi secara bertahap sesuai dengan kemampuan RSUD.
- (2) Pencapaian indikator kinerja dan standar pencapaian standar pelayanan minimal RSUD dievaluasi secara menerus berdasarkan upaya maksimal yang dilakukan oleh RSUD.

Pasal 7

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis, anggaran dan target serta upaya pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD.
- (2) Setiap unit kerja RSUD melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPM.

Pasal 8

Pembinaan dan pengawasan RSUD dilakukan oleh Bupati melalui perangkat daerah yang membidangi urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan.

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati dengan Penetapan dalam Berita Daerah Kabupaten Pasaman Barat.

f f

Ditetapkan di Simpang Empat
pada tanggal 2025

BUPATI PASAMAN BARAT,

YULIANTO

No	Jabatan	Tanggal	Paraf
1.	Wakil Bupati		
2.	Sekretaris Daerah		
3.	Kepala Dinas Kesehatan	2/10/25	
4.	Sekretaris Dinas Kesehatan	2/10-2025	
5.	Direktur		

Diundangkan di Simpang Empat
pada tanggal 2025

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PASAMAN BARAT,

DODDY SAN ISMAIL

BERITA DAERAH KABUPATEN PASAMAN BARAT TAHUN ... NOMOR ...



LAMPIRAN I PERATURAN BUPATI PASAMAN BARAT
NOMOR TAHUN
TANGGAL
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH UJUNG GADING

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. JENIS PELAYANAN

Jenis - jenis pelayanan yang disediakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Pelayanan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Ujung Gading terdiri dari : Pelayanan Medik

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Peelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Laboratorium
5. Pelayanan Farmasi
6. Pelayanan Gizi
7. Pelayanan Rekam Medis
8. Pelayanan Administrasi Manajemen
9. Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah
10. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
11. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
12. Pengelolaan Limbah
13. Instalasi CSSD
14. Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit
15. IPSRS

1. Instalasi Rawat Jalan

Instalasi Rawat Jalan yang berfungsi melaksanakan pelayanan pemulihan pemeliharaan dan pengobatan, pelayanan penunjang medik dan non medik dengan fasilitas pelayanan sebagai berikut :

- a. Pelayanan Medik Umum dan Gigi
- b. Pelayanan Medik Spesialisik Dasar
 - Klinik Penyakit dalam
 - Klinik Anak

fl

- Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan Masing-masing Klinik memiliki : Ruang Konsultasi, Ruang Periksa dan Ruang Tindakan.

c. Pelayanan Penunjang Medik :

- Rekam Medis
- Laboratorium
- Farmasi
- Konsultasi Gizi
- Radiologi
- Laundry
- CSSD

d. Pelayanan Penunjang Non Medik :

- Administrasi
- Pusat Pengendali Askes
- Sanitasi
- IPSRS
- Ruang Tunggu
- Layanan Informasi

e. Pelayanan Rujukan Kesehatan

2. Instalasi Rawat Inap

Instalasi Rawat Inap berfungsi melaksanakan pelayanan pemeliharaan, pemulihan, perawatan dan pengobatan yang terdiri dari :

- Pelayanan Rawat Inap Penyakit Kebidanan & Kandungan
- Pelayanan Rawat Inap Penyakit Dalam
- Pelayanan Rawat Inap Anak

3. Instalasi Gawat Darurat

- Dokter Jaga 24 Jam
- Perawat Kontrol 24 Jam
- Laboratorium 24 Jam
- Ambulance 24 Jam
- Instalasi Apotek 24 Jam

4. Instalasi Penunjang

- Instalasi Laboraturium berfungsi menunjang diagnosa dan memantau perjalanan penyakit. Untuk menjamin akurasi

d *h*

pemeriksaan laboratorium secara terus menerus melakukan :
Pengendalian mutu hasil pemeriksaan

b. Instalasi Farmasi

Instalasi farmasi berfungsi menunjang medik dalam kegiatan :

- Pengadaan Produksi Obat
- Penyimpanan Obat dan Alat-Alat Kesehatan
- Pelayanan Obat dan Alat-Alat Kesehatan
- Kegiatan Pelayanan Resep Khusus untuk pasien rawat inap, pasien rawatjalan serta pasien emergency.

c. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Instalasi pemeliharaan Saran Rumah Sakit terdiri dari 3 sub instalasi yang berfungsi:

- Pemeliharaan sarana air bersih
- Pemeliharaan dan perbaikan bangunan, listrik.
- Pemeliharaan dan perbaikan peralatan kesehatan
- Pelatihan teknis

16. Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit

Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit berfungsi menjaga kebersihan lingkungan rumah sakit, pengamanan limbah agar tidak mencemari lingkungan. Untuk melaksanakan fungsi tersebut, instalasi sanitasi melakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- Penyediaan air bersih
- Pengelolaan kebersihan, pembuangan sampah dan lingkungan
- Pengolahan limbah

d. Rekam Medik

Fungsi unit rekam medik adalah membuat, memelihara menyimpan dan mengelola catatan medik pasien. Kegiatan-kegiatan unit rekam medik antara lain:

- Menerima dan mencatat pendaftaran pasien
- Menyiapkan formulir catatan medik
- Melaksanakan administrasi pasien rawat inap
- Menyiapkan dan memelihara catatan medik
- Evaluasi dan laporan
- Menyiapkan jawaban rujukan
- Memfalisitasi dokumen visum

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100 %
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang masih berlaku ATLS/ BTCLS/ ACLS/PPGD a. Dokter b. Perawat	100 % 100 %
		4. Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %
		6. Kematian pasien 24 jam	≤ 2 ‰
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %
		8. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Umum dan Spesialis	100 %
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan (Klinik Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Umum, Gigi)	100 %
		3. Jam buka pelayanan 08.00-11.00 setiap hari senin-sabtu	100 %
		4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		6. Pelayanan DOTS a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis b. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan	≥ 60 % ≤ 60 %
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan dirawat inap a. Dokter Umum b. Perawat minimal Pendidikan D III	100 % 100 %
		2. Dokter penanggung jawab rawat inap	100 %
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (Penyakit Dalam, Anak, Bedah dan Kandungan)	100 %
		4. Jam visite dokter Umum 08.00-14.00 setiap hari kerja	100 %
		5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1.5 %
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial (HAIS)	≤ 1.5 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan	100 %
		8. Kematian Pasien ≥ 48 jam	≤ 25 ‰
		9. Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %

4/1

		11. Pelayanan DOTS a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis b. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan	$\geq 60 \%$ $\geq 60 \%$
4	Persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan b. Pre eklampsia c. Sepsis 2. Kepuasan pelanggan	$\leq 1 \%$ $\leq 30 \%$ $\leq 0,2 \%$ $\geq 90 \%$
5	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (2. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 3. Kepuasan pelanggan	≤ 140 menit 100 % $\geq 90 \%$
6	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Penulisan resep sesuai dengan formularium 4. Kepuasan pelanggan	≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 % 100 % $\geq 80 \%$
7	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	$\geq 90 \%$ $\leq 20 \%$ 100 %
8	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	100 % 100 % ≤ 10 menit ≤ 15 menit
9	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair a. BOD b. COD c. TSS d. PH 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l 6-9 100 %
10	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost Recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 % 100 % 100 % 100 % $\geq 60\%$ $\geq 40 \%$ 100 %

Handwritten signature/initials.

		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
11	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit
13	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
14	Pecegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	75 %
		2. Tersedia APD disetiap Instalasi/ departemen	60 %
		3. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial/HAI (Health Assosiated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75 %



LAMPIRAN II PERATURAN BUPATI PASAMAN BARAT
NOMOR TAHUN
TANGGAL
TENTANG RENCANA PENCAPAIAN STANDAR
PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH UJUNG GADING

**RENCANA PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

A. RENCANA PENCAPAIAN TARGET SPM

Dalam menentukan rencana pencapaian dan penerapan SPM, pemerintah daerah harus mempertimbangkan :

1. Kondisi awal tingkat pencapaian pelayanan dasar Kondisi awal tingkat pencapaian pelayanan dasar dilihat dari kegiatan yang sudah dilakukan oleh daerah sampai saat ini, terkait dengan jenis- jenis pelayanan yang ada didalam SPM bidang Kesehatan di Kabupaten.
2. Target pelayanan dasar yang akan dicapai Target pelayanan dasar yang akan dicapai mengacu pada target pencapaian yang sudah disusun oleh departemen Kesehatan dalam peraturan menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2016 tentang standar pelayanan minimal bidang Kesehatan.
3. Kemampuan, potensi, kondisi, karakteristik dan prioritas daerah Rencana pencapaian SPM bidang Kesehatan di daerah mengacu pada batas waktu pencapaian SPM bidang Kesehatan secara nasional yang telah ditetapkan oleh departemen Kesehatan dengan memperhatikan analisis kemampuan dan potensi daerah.

Rencana pencapaian target standar pelayanan minimal RSUD Ujung Gading dan batas waktu pencapaiannya sebagai berikut :

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI AWAL
				2025
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100 %	100 %
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang masih berlaku ATLS/ BTCLS/ ACLS/PPGD		
		a. Dokter	100 %	100 %
		b. Perawat	100 %	100 %
		4. Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	< 5 menit

		5. Kepuasan pelanggan	$\geq 70 \%$	80 %
		6. Kematian pasien 24 jam	$\leq 2 \%$	0,56 %
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	100 %
		8. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Umum dan Spesialis	100 %	100 %
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan (Klinik Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Umum, Gigi)	100 %	100 %
		3. Jam buka pelayanan 08.00-11.00 setiap hari senin-sabtu	100 %	100 %
		4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	30 menit
		5. Kepuasan pelanggan	$\geq 90 \%$	95%
		6. Pelayanan DOTS		
		a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis	$\geq 60 \%$	$< 60 \%$
3	Rawat Inap	b. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan	$\leq 60 \%$	$\geq 60 \%$
		1. Pemberi pelayanan dirawat inap		
		a. Dokter Umum	100 %	100 %
		b. Perawat minimal Pendidikan D III	100 %	100 %
		2. Dokter penanggung jawab rawat inap	100 %	100 %
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (Penyakit Dalam, Anak, Bedah dan Kandungan)	100 %	100 %
		4. Jam visite dokter Umum 08.00-14.00 setiap hari kerja	100 %	100%
		5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	$\leq 1.5 \%$	0 %
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial (HAIS)	$\leq 1.5 \%$	$\leq 1.5 \%$
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacatan	100 %	100 %
		8. Kematian Pasien ≥ 48 jam	$\leq 25 \%$	0 %
		9. Kejadian Pulang Paksa	$\leq 5 \%$	0 %
		10. Kepuasan pelanggan	$\geq 90 \%$	90 %
		11. Pelayanan DOTS		
		a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis	$\geq 60 \%$	$>50 \%$
		b. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan	$\geq 60 \%$	60 %

4/1

4	Persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan b. Pre eklampsia c. Sepsis	$\leq 1 \%$ $\leq 30 \%$ $\leq 0,2 \%$	0 % 0 % 0 %
		2. Kepuasan pelanggan	$\geq 90 \%$	95 %
5	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (	≤ 140 menit	10-15 menit
		2. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%
		3. Kepuasan pelanggan	$\geq 90 \%$	90 %
6	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan	≤ 30 menit ≤ 60 menit	<10 menit <15 menit
		2. Tidak adanya keadian kesalahan pemberian obat	100 %	100%
		3. Penulisan resep sesuai dengan formularium	100 %	100 %
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	80 %
7	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	$\geq 90 \%$	98 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20 \%$	10 %
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	100 %
8	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	90 %
		2. Kelengkapan Infomed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	90 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	7 Menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	12 Menit
9	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair a. BOD b. COD c. TSS d. PH	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l 6-9	15 menit < 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	100%
10	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	70 %
		2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100 %	100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	90 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam	$\geq 60\%$	25 %

th

		setahun		
		6. Cost Recovery	≥ 40 %	50 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %
		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	< 30 Menit
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	50 %
11	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit	< 60 menit
12	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	88%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	100%
13	Pecegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	75 %	0%
		2. Tersedia APD di setiap Instalasi/ departemen	60 %	25%
		3. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Infeksi Nasokomial/HAI (Health Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75 %	40%

4/1

LAMPIRAN III PERATURAN BUPATI PASAMAN BARAT
NOMOR TAHUN
TANGGAL
TENTANG URAIAN INDIKATOR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UJUNG GADING

URAIAN INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Gawat Darurat

a. Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak dan Dewasa

Judul	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> 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 <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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 di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali

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

c. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

d. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan

Handwritten signature/initials

Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

e. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

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

Handwritten signature

f. Tidak adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka

Judul	: Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	: Akses dan Keselamatan
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	: Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	: Tiga bulan
Periode Analisa	: Tiga bulan
Numerator	: Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	: Survei
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

g. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	: Ketersediaan tim penanggulangan bencana RSUD
Dimensi Mutu	: Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	: Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	: Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	: Setiap bulan
Periode Analisa	: Tiga bulan sekali
Numerator	: Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit

47

Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi gawat darurat
Standar	:	Satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Dokter Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan <i>spesialistik</i> yang minimal harus ada di rumah sakit

Handwritten signature

Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan <i>spesialistik</i> yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan <i>spesialistik</i> yang ada (<i>kualitatif</i>)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

c. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan <i>spesialistik</i> pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	:	Survey Pasien rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

fh

d. 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 <i>disurvey</i>
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang <i>disurvey</i> (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	: Survey
Standar	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

e. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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

Handwritten signature/initials

Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. Pemberi pelayanan rawat inap

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

49

b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

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 tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	: 3 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jenis - jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)

Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat inap
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

d. Jam visite dokter umum

Judul	:	Jam visite dokter umum
Dimensi Mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	:	Visite dokter umum adalah kunjungan dokter umum setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter umum antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

e. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit

Handwritten signature/initials

Definisi Operasional	: Infeksi <i>nosokomial</i> adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi <i>dekubitus, phlebitis, sepsis</i> , dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	: tiap bulan
Periode Analisa	: tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah pasien rawat inap yang terkena <i>infeksi nosokomial</i> da'am satu bulan
Denominator	: Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	: Survei, laporan infeksi <i>nosokomial</i>
Standar	: $\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

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

Judul	: Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	: Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	: tiap bulan
Periode Analisa	: tiap bulan
Numerator	: Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	: Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

47

g. Kematian Pasien > 48 Jam

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

h. Kejadian pulang paksa

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

Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Ketua komite mutu/tim mutu

i. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

j. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis

	tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	: Tiap tiga bulan
Periode Analisa	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	: Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi rawat inap

4. PELAYANAN KEBIDANAN

a. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

b. 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

5. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

a. 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	:	$\leq$ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan <i>verifikasi</i> hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan <i>diagnosis</i> .
Definisi operasional	:	Pelaksana <i>ekspertisi</i> laboratorium adalah dokter spesialis <i>patologi</i> klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan <i>ekspertisi</i> 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

c. 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

d. 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 minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

6. FARMASI

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

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

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

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

Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien 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

41

d. Penulisan resep sesuai formularium

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

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.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	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%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

47

7. GIZI

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	: Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	: Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	: Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
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	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Judul	: Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	: Efektifitas dan efisien
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	: Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan



Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pasien yang <i>disurvei</i> dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Tidak adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet

Judul	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	:	Keamanan, efisien
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang <i>disurvei</i> dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	:	Jumlah pasien yang <i>disurvei</i> dalam satu bulan
Sumber data	:	<i>Survey</i>
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

8. REKAM MEDIK

a. 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.

b. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	: Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	: Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.

Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala 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, 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 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	:	Rerata $\leq$ 10 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medis

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi

41

Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	:	tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medis

9. PENGOLAHAN LIMBAH

a. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai dengan Aturan

Judul	:	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan

		Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

10. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

Penanggung jawab	: Direktur rumah sakit
------------------	------------------------

b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	: Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
-------	--

Dimensi mutu	: Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	: Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
Periode analisis	: 1 tahun
Numerator	: Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	: Sub bagian kepegawaian
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala Bagian Tata Usaha

d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	: Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	: Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	: Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	: Satu tahun
Periode analisis	: Satu tahun
Numerator	: Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Sumber data	: Sub bagian kepegawaian

Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

e. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

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

f. *Cost Recovery*

Judul	:	Cost recovery
Dimensi mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	:	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan

Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub bagian kepegawaian
Standar	:	$\geq 40\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

g. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

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

h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap

Definisi operasional	: Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisis	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	: Hasil pengamatan
Standar	: ≤ 2 jam
Penanggung jawab	: Bagian Keuangan

i. 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

11. 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 diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	: Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
Periode analisis	: Tiga bulan sekali
Numerator	: Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	: Instalasi Gawat Darurat
Standar	: 24 jam
Penanggung jawab	: Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit

Judul	: Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	: Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	: Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 230 menit

Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	: Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

12. 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
Definisi operasional	: Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 1 bulan
Numerator	: Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	: Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	: Survey
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Laundry

b. 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

13. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

a. 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



b. 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	: 60%
Penanggung jawab	: Tim PPI

c. 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

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

ISK : Infeksi Saluran Kemih

Handwritten signature

LAMPIRAN

URAIAN INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Gawat Darurat

a. Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak dan Dewasa

Judul	: Kemampuan menangani <i>life saving</i> 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 <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	: Setiap bulan
Periode Analisa	: Tiga bulan sekali
Numerator	: Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	: Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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 di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	: Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	: Setiap bulan
Periode Analisa	: Tiga bulan sekali
Numerator	: Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	: Laporan Bulanan
Standar	: 24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

d. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	: Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	: Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	: Setiap bulan
Periode Analisa	: Tiga bulan sekali
Numerator	: Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	: Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal $n = 50$)
Sumber Data	: Survey
Standar	: ≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

e. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	: Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	: Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	: Tiga bulan

Periode Analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq$ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

f. Tidak adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka

Judul	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	:	Akses dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

g. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana RSUD
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi gawat darurat
Standar	:	Satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Dokter Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	: Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	: Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	: Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi rawat jalan

b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	: Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	: Akses
Tujuan	: Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan <i>spesialistik</i> yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	: Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan <i>spesialistik</i> yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jenis – jenis pelayanan rawat jalan <i>spesialistik</i> yang ada (<i>kualitatif</i>)
Denominator	: Tidak ada
Sumber Data	: Register rawat jalan
Standar	: Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi rawat jalan

c. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	: Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	: Akses
Tujuan	: Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	: Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	: Survey Pasien rawat jalan
Standar	: ≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

d. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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

e. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	: Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	: Akses, efisiensi
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	: Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan

	tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	: Tiap tiga bulan
Periode Analisa	: Tiap tiga bulan
Numerator	: Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	: Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi rawat jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. Pemberi pelayanan rawat inap

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

b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	: Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	: Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin

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

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 tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	: 3 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	: Tidak ada
Sumber Data	: Register rawat inap
Standar	: Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

d. Jam visite dokter umum

Judul	: Jam visite dokter umum
Dimensi Mutu	: Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	: Visite dokter umum adalah kunjungan dokter umum setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	: tiap bulan
Periode Analisa	: Tiap tiga bulan

Numerator	: Jumlah visite dokter umum antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	: Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	: Survey
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

e. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

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

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

Judul	: Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	: Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb. yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	: tiap bulan
Periode Analisa	: tiap bulan
Numerator	: Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	: Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	: 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

g. Kematian Pasien > 48 Jam

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

h. Kejadian pulang paksa

Judul	: Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	: Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	: Rekam Medis
Standar	: $\leq 5\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Ketua komite mutu/tim mutu

i. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	: Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan

7 p

Periode Analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	: Survei
Standar	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	: Ketua komite mutu/tim mutu

j. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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

4. PELAYANAN KEBIDANAN

a. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

b. 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	: $\geq 80\%$
Penanggung jawab	: Ketua komite mutu/tim mutu

5. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

a. 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 sampel 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	: ≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Laboratorium

b. 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 <i>diagnosis</i> .
Definisi operasional	: Pelaksana <i>ekspertisi</i> laboratorium adalah dokter spesialis <i>patologi</i> klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan <i>ekspertisi</i> 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

c. 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

Handwritten signature/initials

	: 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

d. 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	: $\geq 80\%$
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Laboratorium

6. FARMASI

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

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

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

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

c. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	: Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	: Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	: Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah seluruh pasien 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

d. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	: Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	: Efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	: Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.

Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	: Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	: Survey
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Farmasi

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.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 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	: $\geq 80\%$
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Farmasi

7. Gizi

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	: Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	: Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	: Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
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	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

1/1

b. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Judul	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan efisien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pasien yang <i>disurvei</i> dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Tidak adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet

Judul	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	:	Kecamatan, efisien
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang <i>disurvei</i> dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	:	Jumlah pasien yang <i>disurvei</i> dalam satu bulan
Sumber data	:	<i>Survey</i>
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

8. REKAM MEDIK

a. 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.

b. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	: Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	: Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	: Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	: Survey
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala 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, 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 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	: Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	: Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	: Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Rekam Medis

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	: Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	: Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	: tiap bulan
Periode analisis	: Tiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	: Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	: Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	: Rerata ≤ 15 menit
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Rekam Medis

41

9. Pengolahan Limbah

a. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai dengan Aturan

Judul	: Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	: Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	: Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	: Hasil pengamatan
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala IPRS / Kepala K3 RS

10. Administrasi dan Manajemen

a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

	: ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	: Notulen rapat
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Direktur rumah sakit

b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

+ 1

	: sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	: Sub bagian kepegawaian
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala Bagian Tata Usaha

d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	: Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	: Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	: Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	: Satu tahun
Periode analisis	: Satu tahun
Numerator	: Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Sumber data	: Sub bagian kepegawaian
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala Bagian Tata Usaha

e. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

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

f. *Cost Recovery*

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

g. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

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

h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	: Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	: Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	: Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan.

		Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab	:	Bagian Keuangan

i. 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

11. 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 diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan

f f

	: ambulance dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	: Instalasi Gawat Darurat
Standar	: 24 jam
Penanggung jawab	: Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit

Judul	: Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	: Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	: Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 230 menit
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	: Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

12. 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
Definisi operasional	: Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 1 bulan
Numerator	: Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	: Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	: Survey
Standar	: 100%
Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Laundry

+1

b. 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

13. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

a. 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

b. 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

f. 12

Denominator	:	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	:	Survey
Standar	:	60%
Penanggung jawab	:	Tim PPI

c. 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

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

ISK : Infeksi Saluran Kemih

47