BUPATI PIDIE JAYA
PROVINSI ACEH

PERATURAN BUPATI PIDIE JAYA
NOMOR 45 TAHUN 2020
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PADA UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN PIDIE JAYA

ATAS RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI PIDIE JAYA,

Menimbang : a. bahwa Pemerintah Daerah bertanggungjawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di berbagai fasilitas kesehatan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal;

b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan, memiliki peran strategis dalam membantu percepatan peningkatan derajat kesehatan, sesuai standar yang ditetapkan;

c. bahwa standar pelayanan minimal rumah sakit diperlukan untuk megukur pencapaian mutu pelayanan dan sebagai indikator dalam menilai kinerja rumah sakit;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Pidie Jaya tentang Standar Pelayanan Minimal pada UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya.

Mengingat ...

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);
3. Undang-undang Nomor 7 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Pidie Jaya di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun2007 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4683);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-UndangNomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);

8. Undang-Undang ...

8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5597) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (lembaran Negara Tahun 2014 Nomor 290, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (lembaran Negara Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612)
11. 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 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan danPengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

14. Peraturan ..

14. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42 ,Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah
20. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
21. Qanun Kabupaten Pidie Jaya Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pidie Jaya sebagaimana telah diubah dengan Qanun Kabupaten Pidie Jaya Nomor 5 Tahun 2020 Tentang Perubahan Atas Qanun Kabupaten Pidie Jaya Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pidie Jaya;

22. Peraturan ...

22. Peraturan Bupati Pidie Jaya Nomor 42 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya (Berita Kabupaten Pidie Jaya Tahun 2020 Nomor 42).

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN PIDIE JAYA

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Pidie Jaya
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Pidie Jaya
3. Bupati adalah Bupati Pidie Jaya
4. Dewan Pengawas adalah unit kerja eksternal rumah sakit umum daerah Kabupaten Pidie Jaya yang diangkat oleh Bupati yang bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit.
5. Satuan Pengawas Internal adalah unit kerja non struktural di Rumah Sakit Umum Daerah yang menjalankan fungsi pengawasan internal rumah sakit.
6. UPTD Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah (BLUD RSUD) Kabupaten Pidie Jaya adalah UPTD di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa pelayanan kesehatan yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi, evektifitas dan produktivitas.

7. Direktur adalah pemimpin UPTD BLUD RSUD Kabupaten Pidie Jaya.
8. Pelayanan rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan UPTD BLUD RSUD Kabupaten Pidie Jaya kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolokukur layanan minimal yang diberikan UPTD BLUD RSUD Kabupaten Pidie Jaya kepada masyarakat.
10. Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) adalah unit pelaksana teknis yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BLUD UPTD RSUD

Pasal 2

(1) SPM UPTD RSUD dalam Peraturan Bupati ini meliputi:
   a. Jenis-Jenis Pelayanan
   b. Indikator Kinerja
   c. Standar pencapaian kinerja pelayanan

(2) UPTD BLUD RSUD Pidie Jaya menyelanggarakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal.

(2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam pelayanan rumah sakit.

(3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati ini yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

BAB III ..

BAB III

PELAKSANAAN

Pasal 3

(1) UPTD RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

(2) Direktur bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan di UPTD RSUD Pidie Jaya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB IV

PENERAPAN

Pasal 4

(1) Direktur menyusun target dan upaya pencapaian serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen UPTD RSUD menyusun rencana kegiatan anggaran, target dan upaya yang dilakukan, serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(3) Setiap pelaksana pelayanan wajib menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB V

PEMBINAAN

Pasal 5

(1) Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal.

(2) fasilitasi ...

(2) Fasilitasi dimaksud ayat (1) dalam bentuk pemberian petunjuk teknis, pedoman, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan teknis lainnya yang meliputi :

a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
b. Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
c. Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
d. Penyusunan laporan kinerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI
PENGAWASAN

Pasal 6

(1) Direktur melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal;
(2) Dalam melaksanakan pengawasan Direktur dibantu oleh Satuan Pengawas Internal yang berkedudukan langsung dibawah direktur.
(3) Satuan Pengawas Internal sebagaiman dimaksud pada ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen rumah sakit melakukan pengendalian internal dalam rangka untuk tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 7

Bupati melalui Dewan Pengawas rumah sakit melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan rumah sakit agar sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan.

BAB VII ...

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulaiberlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Meureudu,
pada tanggal 21 Desember 2020 M
6 Jumadil Awal 1442 H

BUPATI PIDIE JAYA,

AIYUB BIN ABBAS

Diundangkan di Meureudu
pada tanggal 21 Desember 2020 M
6 Jumadil Awal 1442 H

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PIDIE JAYA,

JAILANI

BERITA DAERAH KABUPATEN PIDIE JAYA TAHUN 2020 NOMOR 45

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI PIDIE JAYA
NOMOR : 45 TAHUN 2020
TANGGAL : 21 Desember 2020
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN PIDIE JAYA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN PIDIE JAYA

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, serta Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum lainnya. Pemberlakuan otonomi daerah, yang menekankan bahwa kesehatan merupakan salah satu bidang yang wajib dilaksanakan oleh daerah kabupaten/kota dimana pemerintah kabupaten/kota bertanggungjawab sepenuhnya terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya.

Sebagai salah satu unit pelayanan kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat, rumah sakit memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka dibutuhkan suatu standar atau pedoman yang harus diikuti oleh segenap pelaku usaha kesehatan khususnya bagi yang berkecimpung dalam pelayanan Rumah Sakit.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat komplek.

Kementerian kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang merupakan rujukan dalam penyusunan SPM bagi seluruh rumah sakit yang ada di Indonesia. Penyusunan SPM ini juga tidak terlepas dari amanah Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), mengingat penyusunan SPM ini di tujukan untuk memenuhi salah satu syarat pendirian BLUD.

Terbitnya Peraturan Bupati Pidie Jaya Nomor 42 Tahun 2020 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya semakin memperkuat kedudukan UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya dalam Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Pidie Jaya serta mempertegas peran dan fungsinya sebagai unsur penunjang pemerintah Kabupaten di Bidang Pelayanan Kesehatan.

Usulan UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya menjadi BLUD merupakan upaya Pemerintah Daerah untuk meningkatkan derajat pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Pidie Jaya khususnya, dan Aceh umumnya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, dengan berbagai jenis tenaga kesehatan yang berinteraksi satu sama lain.

Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang dengan pesat yang harus diikuti oleh pengembangan sumber daya tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang berkualitas, efektif dan efisien. Pada hakekatnya, rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Hal ini bermakna bahwa tanggung jawab pelayanan kesehatan masyarakat sudah seharusnya merupakan tanggung jawab Pemerintah Daerah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Berdasarkan ketentuan dalam Pasal 2 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, disebutkan bahwa SPM disusun dan diterapkan dalam

rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar. SPM yang telah disusun harus dapat diterapkan secara tepat karena akan berdampak terhadap penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, baik dari segi perencanaan, pembiayaan dan pertanggungjawaban. Dengan demikian diperlukan suatu rumusan SPM pada UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya sebagai instansi pelayanan publik yang menerapkan pola BLUD di bidang kesehatan, yang tidak lain merupakan parameter jenis-jenis layanan, indikator dan standar pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

SPM ini dimaksudkan menjadi panduan bagi UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang wajib diterapkan di UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya. Model SPM yang disusun diharapkan dapat memberikan pemecahan masalah atas timbulnya berbagai interpretasi atau perbedaan pemahaman yang dapat mengakibatkan pada kekeliruan dalam mengambil keputusan, yang akan merugikan pemberi mandat (*stakeholder*).

2. Tujuan

SPM sebagai parameter jenis-jenis layanan, indikator dan standar pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya bertujuan:

a. menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target regional dan nasional, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data;

b. memberikan suatu pengetahuan, keterampilan dan sistem yang memungkinkan pegawai untuk belajar dan berkembang terus menerus dalam berinovasi untuk membangun kapabilitas strategi yang tepat serta efisiensi agar mampu menyerahkan nilai khusus yang diterima pengguna jasa yang selanjutnya akan berkembang kepada kemampuan maupun kemandirian keuangan;

c. membantu manajemen dalam pembuatan kebijakan;

d. pengembangan dan analisis kebijakan serta pengelolaan berbagai kegiatan pada tingkat sektor, program dan kegiatan; dan

e. meningkatkan transparansi dan akuntabilitas lembaga.

C. PENGERTIAN

Pengertian Umum

SPM merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Pemerintah Daerah yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal serta merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh RSUD Kabupaten Pidie Jaya kepada masyarakat.

Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative, dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Defenisi Operasional :

1. Jenis pelayanan adalah jenis jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. Mutu pelayanan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan
3. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu

atau tolak ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standart yang telah ditetapkan sebelumnya.

6. Standar adalah nili tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. Definisi Operasional: dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator
8. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi mengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
9. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan
10. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
11. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
12. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai
13. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II

SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Sistematika penulisan dokumen SPM UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya disusun dalam bentuk:

BAB I. Pendahuluan

A. Latar Belakang

B. Maksud dan Tujuan

C. Pengertian

BAB II. Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya Kabupaten Pidie Jaya

BAB III. Jenis Pelayanan, Indikator dan Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya

A. Uraian Standar Pelayanan Minimal
B. Jenis Pelayanan UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya
C. SPM Jenis Pelayanan, Indikator, Target, Standar, dan Rencana Pencapaian

BAB III

JENIS PELAYANAN, URAIAN, INDIKATOR DAN TARGET PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

SPM pada UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya meliputi uraian Standar Pelayanan Minimal (SPM), jenis-jenis pelayanan, indikator dan target pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya.

A. JENIS PELAYANAN

Jenis-jenis pelayanan yang minimal yang wajib disediakan oleh UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya, meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Transfusi Darah
13. Pelayanan Keluarga Miskin
14. Pelayanan Rekam Medis
15. Pengelolaan Limbah

16. Pelayanan Administrasi Manajemen
17. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah
18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
19. Pelayanan Loundry
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
21. Pencegahan Pengendalian Infeksi

B. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

(Sebagaimana terlampir dalam lampiran I.a)

C. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

(Sebagaimana terlampir dalam lampiran I.b)

BAB IV

PENUTUP

Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya merupakan langkah awal dalam melakukan implementasi pelayanan kesehatan masyarakat sehingga menjadi acuan yang terstandarisasi dan membumi bagi setiap stakeholder dalam memberikan pelayanan yang berkualitas demi meningkatkanya derajat kesehatan masyarakat.

Berbagai jenis layanan yang ada pada UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya yang merupakan urusan wajib Pemerintah Pidie Jaya dalam bidang kesehatan sudah seharusnya diterapkan di rumah sakit ini dengan berbagau fasilitas yang ada. Mengingat berbagai kondisi yang ada pada RSUD masih kurang memadai guna melaksanakan SPM pada masing-masing jenis layanan, maka kelengkapan SDM, fasilitas dan peralatan pelaksanaan pendukung SPM ini perlu menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran pemerintah Kabupaten Pidie Jaya.

Adanya Standar Pelayanan Minimal UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya ini di harapkan dapat di aplikasikan dalam operasional keseharian rumah sakit. Keberadaan SPM diharapkan dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit, dinas terkait, maupun badan-badan yang berperan mendorong

terciptanya derajat kesehatan yang tinggi di tengah masyarakat Pidie Jaya khususnya dan masyarakat Aceh umumnya.

Standar Pelayanan Minimal UPTD RSUD Kabupaten Pidie Jaya ini belumlah lengkap terutama dengan adanya perubahan waktu, untuk itu penilaian dan penyusunan kembali Standar Pelayanan Minimal perlu dilakukan bila dianggap tidak lagi sesuai dengan kondisi yang ada dan ketentuan yang berlaku.

Ditetapkan di Meureudu

Pada tanggal, 21 Desember 2020 M
6 Jumadil Awal 1442 H

BUPATI PIDIE JAYA

AIYUB BIN ABBAS

Lampiran I.a

SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian	Penanggung Jawab
		Indikator	Nilai		
1	2	3	4	5	6
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1. 100 %	< 1 Tahun	Kepala IGD
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam	< 1 Tahun	
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	3. 100 %	3 Tahun	
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4. Satu tim	< 1 Tahun	
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5. ≤lima menit terlayani,setelah pasien datang	< 1 Tahun	
		6. Kepuasan Pelanggan	6. ≥70 %	4 Tahun	
		7. Kematian pasien< 24 Jam	7. ≤dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	< 1 Tahun	
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100%	< 1 Tahun	

2	Rawat jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100 % Dokter Spesialis	< 1 Tahun	Kepala Poliklinik
		2. Ketersediaan Pelayanan	2.a. Klinik Anak 2.b. Klimik Penyakit dalam 2.c. Klinik Kebidanan 2.d. Klinik Bedah	< 1 Tahun	
		3. Jam buka pelayanan	3. 08:00 s/d 13:00 setiap hari kerja kecuali Jumat: 08:00 s/d 11:00	< 1 Tahun	
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	4. ≤ 60 menit	2 Tahun	
		5. Kepuasan Pelanggan	5. ≥ 90%	2 Tahun	
		6. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroscop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	6.a. ≥ 60% 6.b. ≥ 60%	2 Tahun 2 Tahun	
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1.a. dr. Spesialis 1.b. Perawat Minimal D3	1 Tahun	Kepala Ruang Rawat Inap
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2. 100%	< 1 Tahun	
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3.a. Anak 3.b. Penyakit Dalam 3.c. Kebidanan 3.d. Bedah	< 1 Tahun < 1 Tahun < 1 Tahun < 1 Tahun	

		4. Jam Visite Dokter Spesialis	4. 08:00 s/d 14:00 setiap hari kerja	< 1 Tahun	
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. ≤ 1,5%	2 Tahun	
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	6. ≤ 1,5%	2 Tahun	
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	7. 100%	< 1 Tahun	
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. ≤ 0,24%	< 1 Tahun	
		9. Kejadian pulang paksa	9. ≤ 5%	< 1 Tahun	
		10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 90%	5 Tahun	
		11. Rawat Inap TB: a. Penegakan diagnosisTB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	11.a. 100% 11.b. 100%	2 Tahun 2 Tahun	
4	Bedah Sentral (bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	1. ≤2 hari	2 Tahun	Kepala Instalasi Bedah Sentral
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	2. ≤1 %	2 Tahun	
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100 %	< 1 Tahun	
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100 %	< 1 Tahun	
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100 %	< 1 Tahun	

		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100%	< 1 Tahun	
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi,dan salah penempatan endotracheal tube	7. ≤ 6%	< 1 Tahun	
5	Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan ≤1 % b. Pre-eklampsia ≤30 % c. Sepsis ≤0,2 %	2 Tahun	Kepala Ruang Kebidanan
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	2 Tahun	
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih	2 Tahun	
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	1 Tahun	
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5. 100 %	2 Tahun	
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. ≤20 %	1 Tahun	
		7. Keluarga Berencana : a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum	7. a. 100 % b. 100%	1 Tahun	

		terlatih b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan	8. ≥ 80%	5 Tahun	
6	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	1. ≤3 % 2. a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b.100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikatperawat mahir ICU/ setara (D4)	1 Tahun 5 Tahun	Kepala ICU
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤2 % 4. ≥80 %	1 Tahun 2 Tahun 1 Tahun 3 Tahun	Kepala Instalasi Radiologi
8	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil	1. ≤140 menit Kimia darah & darah rutin 2. Dokter Sp.PK 3. 100 %	1 Tahun 2 Tahun < 1 Tahun	Kepala Instalasi Laboratorium

		pemeriksa laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	 4. ≥80 %	 3 Tahun	
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. ≤50 % 2. 100 % 3. ≥80 %	1 Tahun < 1 Tahun 4 Tahun	Kepala Instalasi Rehab Medik
10	Farmasi	1. waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	1. a. ≤30 menit b. ≤60 menit 2. 100 % 3. ≥80 % 4. 100 %	< 1 Tahun < 1 Tahun 4 Tahun 1 Tahun	Kepala Instalasi Farmasi
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1. ≥90 % 2. ≤20 % 3. 100 %	1 Tahun 1 Tahun < 1 Tahun	Kepala Instalasi Gizi

12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian Reaksi transfusi	1. 100 % terpenuhi 2. ≤0,01 %	3 Tahun < 1 Tahun	Kepala Unit Transfusi Darah
13	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	< 1 Tahun	Ketua JKN
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. ≤10 menit 4. ≤15 menit	1 Tahun < 1 Tahun < 1 Tahun 1 Tahun	Kepala Instalasi Rekam Medik
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 2. 100 %	1 Tahun 2 Tahun	Kepala Instalasi Penyehatan Lingkungan

16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepan Waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. ≥60 % 6. ≥40 % 7. 100 % 9. ≤2 jam 9. 100 %	< 1 Tahun < 1 Tahun < 1 Tahun < 1 Tahun 3 Tahun 3 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 2 Tahun	Direktur
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	1. 24 jam 2. ≤30menit 3. ≤ 45 menit	< 1 Tahun 1 Tahun 2 Tahun	Koordinator Ambulance

18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤2 Jam	< 1 Tahun	Kepala Kamar Jenazah
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. ≤80 % 2. 100% 3. 100%	1 Tahun 1 Tahun 2 Tahun	Kepala Instalasi Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100% 2. 100%	< 1 Tahun 1 Tahun	Kepala Laundry
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	1. ≥ 75% 2. ≥ 60% 3. ≥ 75%	2 Tahun 2 Tahun 1 Tahun	Ketua Pengendalian Infeksi

Lampiran I.b

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Live Saving Anak dan Dewasa

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

2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di setiap Rumah Sakit
Difinisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan

Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

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

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Difinisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolonag klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Difinisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terghadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan	Setiap bulan

Data	
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (*minimal n* = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat / Tim mutu / Panitia mutu

7. Kematian Pasien≤ 24 Jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terseleng garanya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Difinisi Operasional	Kematian ? 24 jam adalah kematiaan 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 pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat

8. Tidak adanya Keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang muda diakses dan mampu segera emberikan pertolongan pada pasien gawat darurat

Difinisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan diklinik spesialis
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Difinisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Difinisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Difinisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08. 00 s.d 13. 00 setiap hari kerja kecuali jumat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Difinisi 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 komulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Difinisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (*minimal n*= 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan / Tim mutu / panitia mutu

6. a. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakan diaknosis TB melalui periksaan mikroskopi TB
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diaknosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB
Difinisi Operasional	Penegakan diaknosis TB melalui periksaan mikroskopi pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan di rumah sakit
Difinisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang di catat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

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

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inab
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Difinisi Operasional	Penanggung jawab rawat inab adalah dokter spesialis yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesui

	kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter spesialis sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Difinisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesifikasi yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawt inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam , kebidanan,dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan

	waktu pemberian pelayanan
Difinisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien 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 spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/tim mutu

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadiaan infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Teergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Difinisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua katagori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanankan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanas (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalamai infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 1,5 %

Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

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

7. Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh yang berakibat Kecacatan / Kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Difinisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Umlah pasien dirawat dalam bulan tersebut di kurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatatan atau kematian

Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif
Difinisi 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 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤,24% ≤2,4/1000 (internasional) (NDR ≤25/1000, indonesia)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Difinisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

Data	
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	≤5%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Difinisi 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 dan pasien yang di survey(dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥90%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melaluli periksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Difinisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi	3 bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan laporan TB diRumah Sakit
Difinisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua laporan TB yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

D. PELAYANAN BEDAH

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Difinisi	Waktu tunggu operasi efektif adalah tenggang waktu mulai

Operasional	dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Difinisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatn pasien
Standar	≤1%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3. Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien

Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah central terhadap keselamatan pasien
Difinisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien di operasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya di operasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan di kurangi jumlah pasien yang di operasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah central/komite medis

4. Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkanya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Difinisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung	Kelapa instalasi bedah central/komite medis

jawab pengumpul data	

5. Tidak adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Difinisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dala satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6. Tidak adanya Kejadian tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi.
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi di dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
Frekuensi Pengumpulan	1 Bulan dan Sentinel Event

Data	
Periode Analisa	1 Bulan dan Sentinel Event
Numerator	Jumlah Pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien.
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Central / Komite Medis

7. Komplikasi Anastesi Karena Overdosis, Reaksi Anastesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi Anastesi karena Overdosis, Reaksi Anastesi dan salah penempatan Endotreacheal Tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan Anastesi dan Monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung.
Difinisi Operasional	Komplikasi Anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi Anastesi karena Overdosis, Reaksi Anastesi dan salah penempatan Endotreacheal Tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan dan Sentinel Event
Periode Analisa	1 Bulan dan Sentinel Event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam 1 Bulan.
Denominator	Jumlah Pasien yang dioperasi dalam waktu pasien
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Central / Komite Medis

E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan

Judul	Kejadian Kematian Ibu karena persalinan

Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Difinisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendaharan, pre eklamsia, eklamsia, dan sepsis. Pendaharan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan, semua skala persalinan dan nifas. pre eklamsian dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre – eklamsian dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda yaitu : • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan Diastolik > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4 + pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda – tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre eklampsia / eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan ≤1%, pre-eklampsia ≤ 30%, Sepsis ≤0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang Bersalin

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Persalinan Normal oleh tenaga yang Kompeten
Difinisi Operasional	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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, Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Persalinan dengan Penyulit oleh tenaga yang berkompeten
Difinisi Operasional	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter umum, dan bidan (perawat yang terlatih)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam medik
Standar	Tersedia

Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan Operasi

Judul	Pemberi Pelayanan Pesalinan dengan tindakan Operasi
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Difinisi Operasional	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500gr – 2500gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR
Difinisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500gr – 2500gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500gr – 2500gr yang berhasil ditangani

Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500gr – 2500gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/ Komite Mutu

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Difinisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

7. a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Difinisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap

Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang pelayanan medik

b. Konseling KB mantap

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Difinisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah pesrta konseling KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang pelayanan medik

8. Kepuasam Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Difinisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang

	disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥80%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

F. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata Pasien yang kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Difinisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤3%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Difinisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokkter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan setifikat perawat mahir ICU/setara

Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intesif.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/ Mutu

G. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan thorax Foto

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan thorax Foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi
Difinisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Radiologi

1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

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

2. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Difinisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	≤ 2 %

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Difinisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

H. PELAYANANLABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Difinisi 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 Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang di survey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Difinisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil let 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 pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

3. Tidak adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan

Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Difinisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahahn hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Difinisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

pengumpul data	

I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian Droup Out pasien terhadap pelayanan rehabilitas yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitas sesuai yang direncanakan
Difinisi Operasional	Droup Out pasien terhadap pelayanan rehabilitas yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang droup out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

2. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Difinisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan / tidak sesuai dengan pedoman / standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Difinisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlak kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

J. PELAYANAN FARMASI

1. a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

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

Difinisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tentang waktu mulai pasien meyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	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
Difinisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

2. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Difinisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat 2. salah dalam membeikan dosis 3. salam orang 4. salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahanpemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien isntalasi farmasi yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Difinisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dan pasien yang disurvey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n mineal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Difinisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan dirumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

K. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketetapan waktu pemberian makanan pada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Difinisi Operasional	Ketettapan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketetapan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvey yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap

2. Sisa Makanan yang tidak termakan oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Difinisi 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	≤20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

3. Tidak adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Difinisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam menentukan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber Data	Survey

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ Kepala instalasi rawat inap

L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah bagi setiap Pelayanan Tranfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Difinisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

2. Kejadian Reaksi Tranfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi darah
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manjemen resiko pada UTD
Difinisi Operasional	Reaksi transfuse adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfuse darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfuse darah
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi darah dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfuse darah dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 0.01 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD

M. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan terhadapa Pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Difinisi Operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang kerumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah sakit

N. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam setelah selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Difinisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah,rekam medik yang telah diisilengkap oleh dokter dalam waktu 24 Jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang,yang meliputi identitas pasien,tindak lanjut,dan resume.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bidang pelayanan medik

2. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan / keluarganya untuk mendapatkan persetujuan dari pasien dan / keluarganya akan tindakan medik yang dilakukan
Difinisi Operasional	Infomned Concent adalah persetujuan yang di berikan kepada pasien dan /Keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurveyyang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalansi rekam medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas,kenyamanan,efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Difinisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis baru atau pasien lama yang digunakan pada pasien rawat jalan.Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati(nminimal 100)
Sumber Data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat

	inap
Dimensi mutu	Efektifitas,kenyamanan,efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis pelayanan
Difinisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien yang lama digunakan pada pelayanan rawat inap.waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu dimulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rakam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata ≤15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

O. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Buku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Difinisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan,yang merupakan ambang batas yang ditoleril dan diukur dengan indikator: BOD (Biologikal oksigen Demand) yaitu < 30mg/liter COD(Chemikal oxsigen Demand) yaitu < 80 mg /liter TSS(Total Suspended Solid) yaitu < 30mg/liter PH yaitu 6-9
Frekuensi Pengumpulan	3 bulan

Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium limbah cair rumah sakit yang sesuai baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pengelolaan Limbah RS

2. Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah berbahaya dan infeksius di rumah sakit
Difinisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan /atau mencendrai,antara lain 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa Bekas 4. Sisa Jaringan Tubuh Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung	Kepala Instalasi Pengelolaan Limbah RS

jawab pengumpul data	

P. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan dirumah sakit
Difinisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus di tindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur rumah sakit

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektifitas dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Difinisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/ kegagalan dalam 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), dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabiltas kinerja minimal dilakukan tiga bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian tata usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan Pegawai
Difinisi Operasional	Usulan kenaikan pengkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	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 pengumpul data	Kepala bagian tata usaha

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Difinisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No.43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Difinisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan, kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan	1 tahun

Data	
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisisensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Difinisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	≥40%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha/keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketetapan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Difinisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi	3 bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laoran keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha/keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemeberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemeberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektifitas atau kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Difinisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Keceptan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Bagian keuangan

1. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (insentif) sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Difinisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian keuangan

Q. PELAYANAN AMBULANCE DAN KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya persediaan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien atau keluarga pasien yang membutuhkan
Difinisi Operasional	Waktu pelayanan ambulan/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah unutk memenuhi kebutuhan pasien atau keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut

Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Difinisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien atau keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

R. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah

Difinisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektifitas,efesiensi,kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Difinisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan,maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥80%
Penanggung	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS

jawab pengumpul data	

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan
Dimensi mutu	Efektifitas, efesiensi,kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketangapan dalam pemeliharaan alat
Difinisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan(service)tepat waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Registrasipemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana RS

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain)yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Difinisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamanan Fasilitas Kesehatan(BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun

Periode Analisa	3 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu 1 tahun
Sumber Data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

T. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya Kejadian Linen yang Hilang

Judul	Tidak adanya kejadiaan linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundy
Difinisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam empat hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalansi laundry

2. Ketepatan waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efesiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Difinisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang

	ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Kepala instalansi laundry

U. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersediaanya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Difinisi Operasional	Adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Setiap satu tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang telah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite PPI

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Tersedia Alat Pelindung Diri (APD)

Dimensi mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD disetiap Instalasi Rumah Sakit
Difinisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti : Masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah Instalasidi Rumah Sakit
Sumber Data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Difinisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain: Infeksi Luka Operasi, Infeksi Luka Infus, Ventilator Associated Pneumonie, Infeksi Saluran Kemih
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar	75%

Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI