SALINAN

BUPATI BANDUNG
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI BANDUNG

NOMOR 228 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BEDAS TEGALLUAR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANDUNG,

Menimbang : bahwa berdasarkan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Tegalluar;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 14 tahun 1950 tentang Pemerintahan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
3. Undang- Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentarig Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
6. 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 204);
11. Peraturan Daerah Kabupaten Bandung Nomor 3 Tahun 2016 tentang Sistem Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bandung Tahun 2016 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bandung Nomor 17);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI BANDUNG TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BEDAS TEGALLUAR.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten selanjutnya disebut Daerah adalah Daerah Kabupaten Bandung.
2. Bupati adalah Bupati Bandung.
3. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Tegalluar yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Tegalluar Kabupaten Bandung.
6. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah Perangkat Daerah yang bertugas sebagai pelaksana Urusan Pemerintahan bidang kesehatan dan Tugas Pembantuan yang diberikan kepada Daerah.
7. Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat SKPKD adalah unsur penunjang Urusan Pemerintahan pada Pemerintah Daerah yang melaksanakan Pengelolaan Keuangan Daerah.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
9. Direktur adalah Direktur RSUD.
10. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah Kepala SKPKD yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan APBD dan bertindak sebagai bendahara umum daerah.
11. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
12. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pimpinan BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.

13. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD Rekening Kas BLUD adalah tempat penyimpanan uang BLUD pada Bank yang ditunjuk oleh Bupati.
14. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
15. Praktek Bisnis yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.

BAB II
PRINSIP, JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 2

(1) SPM sebagai panduan dalam perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelengaraan jenis dan mutu layanan umum yang diberikan oleh RSUD.
(2) Pelaksanaan SPM menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh RSUD.

Pasal 3

(1) SPM menganut prinsip:
    a. fokus pada jenis layanan;
    b. terukur;
    c. dapat dicapai;
    d. relevan dan dapat diandalkan; dan
    e. tepat waktu.
(2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD.
(3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
(4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.

(5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD.
(6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Pasal 4

Jenis Pelayanan pada RSUD meliputi:
a. pelayanan gawat darurat;
b. pelayanan rawat jalan;
c. pelayanan rawat inap;
d. pelayanan bedah;
e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
f. pelayanan intensif;
g. pelayanan radiologi;
h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
i. pelayanan farmasi;
j. pelayanan gizi;
k. pelayanan transfusi darah;
l. pelayanan keluarga miskin;
m. pelayanan rekam medis;
n. pengeloaan limbah;
o. pelayanan administrasi dan manajemen;
p. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
q. pelayanan *ambulance*/jenazah;
r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
s. pelayanan *laundry*; dan
t. pencegahan pengendalian infeksi.

Pasal 5

Indikator, standar, batas waktu pencapaian, dan uraian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III
PELAKSANAAN

Pasal 6

(1) RSUD melaksanakan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 berdasarkan SPM.
(2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
(3) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh sumber daya manusia dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV
PENERAPAN

Pasal 7

Direktur RSUD menyusun RBA, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.

BAB V
PEMBINAAN DAN PENGENDALIAN INTERNAL

Pasal 8

(1) Kepala Perangkat Daerah yang membidangi Kesehatan melakukan pembinaan terhadap pelaksanaan SPM di RSUD.
(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
    a. pembinaan teknis dilaksanakan oleh Dinas; dan
    b. pembinaan keuangan dilaksanakan oleh PPKD.
(3) Pembinaan teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
    a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
    b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
    c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
    d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Pasal 9

(1) Pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat dapat dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal dan Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membantu manajemen RSUD dalam hal:
    a. pengamanan harta kekayaan;
    b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
    c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
    d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis yang Sehat.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Soreang
pada tanggal 19 September 2024

BUPATI BANDUNG,

ttd.

MOCHAMMAD DADANG SUPRIATNA

Diundangkan di Soreang
pada tanggal 19 September 2024

SEKTETARIS DAERAH
KABUPATEN BANDUNG,

ttd.

CAKRA AMIYANA

BERITA DAERAH KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2024 NOMOR 228

salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM



YANA ROSMIANA, S.H.M.H
Pembina Tk.I
NIP. 196901011999012001

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI BANDUNG
NOMOR 228 TAHUN 2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BEDAS TEGALLUAR

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BEDAS TEGALLUAR

I. INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD BEDAS TEGALLUAR

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani Live saving anak dan Dewasa	1. 100%
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat Yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	3. 100%
		4. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	4. Satu tim
		5. waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5. ≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
		6. Kepuasaan Pelanggan	6. ≥ 70%
		7. Kematian pasien	7. ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100%
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan	2. a. Poli anak b. Poli Penyakit Dalam c. Poli Kebidanan d. Poli Bedah
		3. Jam buka pelayanan	3. 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat:

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
			08.00-11.00
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	4. ≤ 60 menit
		5. Kepuasaan Pelanggan	5. ≥ 90%
		6. a. Penegakan diagnosis TB Melalui pemeriksaan Mikroskop TB	6. a. ≥ 60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≤ 60%
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayan di Rawat Inap	1. a. dr.umum/dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		2. Dokter penanggung jawab Pasien rawat inap	2. 100%
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		5. Kejadian infeksi pasca Operasi	5. ≤ 1,5 %
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	6. ≤ 1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang Berakibat kecacatan /Kematian	7. 100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. ≤ 0,24 %
		9. Kejadian pulang paksa	9. ≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 90 %
		11. Rawap Inap TB	11. a. ≥ 60 %
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB	
		b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b. ≥ 60 %
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi Elektif	1. ≤ 2 hari

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		2. Kejadian kematian di meja Operasi	2. ≤ 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100 %
		4. Tidak adanya kejadian Operasi salah orang	4. 100 %
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100 %
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100 %
		7. Komplikasi anestesi Karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan anestesi *endotracheal tube*	7. ≤ 6 %
		8. Kepuasan Pelanggan	1. ≥ 80 %
5.	Persalinan, perinatalogi, dan KB	1. Kejadian kematin ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan ≤ 1% b.Pre-eklamsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %
		2. Pemberian pelayanan Persalinan normal	2. a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5. 100 %
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. ≤ 20 %
		7. Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh	7. 100 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. Umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap Bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan	 8. ≥ 80 %
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 sertifikat Perawat mahir ICU/ setara (D-IV)
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 %
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksama ekspertisi 3. Tidak adanya kesalaham pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 140 menit kimia darah & darah rutin 2. Dokter Sp.PK 3. 100% 4. ≥ 80 %
9.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian onat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	1. Waktu tunggu pelayanan a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 2. 100% 3. ≥ 80% 4. 100%
10.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. ≥ 90%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	2. ≤ 20% 3. 100%
11.	Pelayanan Transfusi Darah	1. Kejadian reaksi transfuse 2. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1. ≤ 0,01% 2. 100%
12.	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan	100% Terlayani
13.	Rekam Medis	1. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. ≤ 10 menit 4. ≤ 15 menit
14.	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%
15.	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. ≥ 60% 6. ≥ 40% 7. 100%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		8. Kecepatan waku pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat ianap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	8. ≤ 2 jam 9. 100%
16.	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%
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. ≤ 230 menit 3. 24 Jam
18.	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam
19.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100% 2. 100%
20.	Pencegahan dan Pengendalian infeksi	1. Ada anggota Tim PPI yang telatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infesi nosokominal/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	1. Anggota Tim PPI yang telatih 75% 2. 60% 3. 75%

Profil Indikator Standar Pelayanan Minimal yang mengacu kepada ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. RSUD Bedas Tegalluar melakukan penyesuaian indikator dengan pelayanan Rumah Sakit kelas D, sebagai berikut :

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Lifesaving* Anak dan Dewasa

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

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikatpelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi	Setiap bulan (di minggu ke empat)

PengumpulanData	
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulanagan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu – waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu

	memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (*minimal n = 50*)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

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

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 mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk Rumah Sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

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

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalamsatu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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

6. a. Penegakan diagnosis Tuberculosis (TB) melalui pemeriksaan Mikroskop TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopisTB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

b. Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat dan bidan minimal D3 dan memiliki STR
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	6 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat dan bidan minimal D3 dan memiliki STR

Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

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
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan tirah baring di Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

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

Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiaphari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap tiga bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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 infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialamioleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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 Pengumpulan data	PPI, Kepala Rawat Inap

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

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

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau

	keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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 Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

11. Rawat Inap TB

a. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopisTB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

b. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

D. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untukoperasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan (diminggu ke empat)
Periode Analisa	tiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian Kematian Dimeja Operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event

Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	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	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	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	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tundakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. Komplikasi Anastesi karena Over Dosis, Reaksi Anantesi dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain

	karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

E. 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 persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia 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. Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam dengan persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, ditandai dengan dilatasi serviks dikanan garis waspada pada persalinan fase aktif.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia,partus lama dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%, partus lama < 1 %

Penanggung jawab	Komite medik

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiridari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite mutu

4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yangkompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesiyang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/Komite mutu

6. Pertolongan Persalinan Melalui *Seksio Cesaria*

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi danefisien.
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baikelektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Komite mutu

7. a**.** Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)

Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Seksi Pelayanan Medik

b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Seksi Pelayanan Medik

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

F. PELAYANAN INTENSIF

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 yangsama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif

Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yangsama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

G. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%

Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologI

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahliuntuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologidalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologI

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan *Rontgen*

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)

Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

H. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan
De nominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi Hail Pemeriksaan Laboratorium

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

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

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

4. Kepuasan Pelanggan

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

I. FARMASI

1. a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab	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
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

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

J. GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa Makanan yang tidak Termakan oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi

Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

K. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

L. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan

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

M. PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq$ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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	Kepala instalasi rekam 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 kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap

Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

N. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit

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

O. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.

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

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitubulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satutahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturankepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)

Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkatdalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satutahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun di luar Rumah Sakit yang bukan merupakanpendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di Rumah Sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di Rumah Sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas

Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

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

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 6 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Setiap 6 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)

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

P. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang

	terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

Q. PELAYANAN AMBULANCE/JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Stadar	24 jam
Penanggung jawab	Bagian penunjang non medis

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga

	pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian penunjang non medis

3. *Response time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pelayanan ambulance
Definisi operasional	Waktu yang diperlukan oleh ambulance untuk dapat merespon panggilan darurat yang telah dilakukan oleh masyarakat dengan maksimal. Waktu < 15 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pelayanan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulance dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance sesuai dengan respons time
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian penunjang non medis

R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan

Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

S. PELAYANAN *LAUNDRY*

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

T. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI

Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Tiap 1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan (di minggu ke empat)
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit

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

Keterangan :
ILO : Infeksi Luka Operasi
ILI : Infeksi Luka Infus
VAP : Ventilator Associated Pneumonie
ISK : Infeksi Saluran Kemih

MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60% 60%
2.	Rawat Inap	c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60% 60%

A. RAWAT JALAN

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopisTB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

BUPATI BANDUNG,

ttd.

MOCHAMMAD DADANG SUPRIATNA