



SALINAN

**BUPATI LUMAJANG
PROVINSI JAWA TIMUR**

PERATURAN BUPATI LUMAJANG
NOMOR 7 TAHUN 2020

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO LUMAJANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI LUMAJANG,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mendukung pelayanan kesehatan paripurna, maka Rumah Sakit umum Daerah dr. Haryoto Lumajang sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang telah berstatus Badan Layanan Umum Daerah harus dapat memberikan pelayanan yang bermutu, mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran serta standar pelayanan kesehatan;
- b. bahwa untuk meningkatkan kualitas layanan, ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit umum Daerah dr. Haryoto Lumajang, maka Peraturan Bupati Lumajang Nomor 53 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit umum Daerah dr. Haryoto Kabupaten Lumajang Tahun 2017 – 2019 perlu disesuaikan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, maka perlu mengatur Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit umum Daerah dr. Haryoto Lumajang dengan Peraturan Bupati;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur juncto Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
7. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);

13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
18. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 13 Tahun 2013 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit umum Daerah dr. Haryoto Kabupaten Lumajang (Lembaran Daerah Kabupaten Lumajang Tahun 2013 Nomor 13, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 69);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Lumajang Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Lumajang Tahun 2016 Nomor 82);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 15 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Lumajang Tahun 2016, Nomor 16).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO LUMAJANG

BAB 1
KETETUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Lumajang.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Lumajang.
3. Bupati adalah Bupati Luamajang.
4. Rumah Sakit umum Daerah dr. Haryoto Lumajang yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Lumajang yang sudah ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan status penuh.
5. Badan Layanan Umum Daeah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Perangkat Kerja Daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatan didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit umum Daerah dr. Haryoto Lumajang.

7. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
8. Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan, norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
10. Kriteria adalah faktor-faktor penentu serta karakteristik dari jenis pelayanan dasar, indikator dan nilai, batas waktu pencapaian, dan pengorganisasian penyelenggaraan pelayanan dasar dimaksud.
11. Indikator Kinerja adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM, berupa masukan, proses, keluaran, hasil dan/atau manfaat pelayanan dasar.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. Dimensi Mutu adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan standar pelayanan minimal yang meliputi akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia.
14. Frekuensi Pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator yang tersedia
15. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
16. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pemilang dalam rumus indikator kinerja.
17. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
18. Sumber data adalah sumber bahan nyata / keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan permasalahan.

BAB II PRINSIP PENYUSUNAN SPM

Pasal 2

Prinsip Dalam penyusunan SPM adalah sebagai berikut:

- a. Konsensus yaitu berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau dari unsur-unsur terkait;
- b. Sederhana yaitu disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;

- c. Nyata yaitu SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
- d. Terukur yaitu seluruh indikator dan standar dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif;
- e. Terbuka yaitu SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat
- f. Terjangkau yaitu SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia
- g. Akuntabel yaitu SPM dapat dipertanggungjawabkan kepada publik; dan
- h. Bertahap yaitu SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan, dan personil dalam pencapaian SPM.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 3

- (1) SPM Rumah Sakit meliputi:
 - a. jenis-jenis pelayanan;
 - b. indikator kinerja; dan
 - c. standar pencapaian kinerja pelayanan;
 - d. Penatalaksanaan *Tuberculosis* (TB).

- (2) Jenis-jenis Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. Pelayanan gawat darurat;
 - b. Pelayanan rawat jalan;
 - c. Pelayanan rawat inap;
 - d. Pelayanan bedah;
 - e. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. Pelayanan perawatan instensif;
 - g. Pelayanan radiologi;
 - h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. Pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. Pelayanan farmasi;
 - k. Pelayanan gizi;
 - l. Pelayanan transfusi darah;
 - m. Pelayanan keluarga miskin;
 - n. Pelayanan rekam medis;
 - o. Pengolahan limbah;
 - p. Pelayanan administrasi manajemen;
 - q. Pelayanan ambulans / kereta jenazah;
 - r. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - s. Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
 - t. Pelayanan *laundry*; dan
 - u. Pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi.

- (3) SPM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf c tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

- (4) Uraian SPM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (5) SPM Rumah Sakit dan uraian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 4

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Bupati ini adalah sebagai panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, pengawasan, dan penganggaran penyelenggaraan SPM di Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk :
 - a. menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target nasional, cara penghitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data yang dapat digunakan sebagai acuan untuk penyusunan dan pengembangan SPM di Rumah Sakit;
 - b. menjamin hak masyarakat untuk menerima layanan sesuai dengan SPM;
 - c. menentukan dan penyesuaian jumlah anggaran untuk mencapai SPM;
 - d. meningkatkan akuntabilitas Rumah Sakit terhadap masyarakat; dan
 - e. menyamakan persepsi, transparansi, dan partisipasi pihak-pihak yang berkepentingan dengan Rumah Sakit.

BAB V PERENCANAAN, PELAKSANAAN, DAN PELAPORAN SPM

Bagian Kesatu Perencanaan

Pasal 5

- (1) Direktur bertanggungjawab menyusun perencanaan dan pencapaian SPM.
- (2) Direktur menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target SPM, dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.
- (3) Dalam menyusun perencanaan dan pencapaian SPM, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) perlu mempertimbangkan :
 - a. dimensi mutu;
 - b. tujuan;
 - c. definisi;
 - d. frekuensi pengumpulan data;
 - e. periode analisis;

- f. numerator;
- g. denominator;
- h. sumber data;
- i. standar; dan
- j. penanggungjawab pengumpul data.

- (4) Dalam menyusun perencanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Direktur dapat melibatkan pejabat struktural dan fungsional.

Bagian Kedua Pelaksanaan

Pasal 6

- (1) Direktur bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga/ petugas dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan didukung fasilitas yang memadai.
- (3) Dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Direktur menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP).

Bagian Ketiga Pelaporan

Pasal 7

- (1) Penanggung jawab pengumpul data pada masing-masing jenis pelayanan pada instalasi/unit kerja membuat laporan hasil evaluasi SPM kepada Direktur melalui Bidang/Bagian terkait.
- (2) Direktur wajib menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM kepada Kepala Dinas Kesehatan setiap 1 (satu) tahun sekali.

BAB IV PENGAWASAN

Pasal 8

- (1) Bupati melakukan pengawasan pencapaian target dan/atau kinerja tahunan SPM.
- (2) Dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati dibantu oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit dan Inspektorat.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Pasal 9

- (1) Direktur melaksanakan pengawasan internal untuk mengendalikan dan meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan SPM.
- (2) Dalam melaksanakan pengawasan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur dapat dibantu pejabat struktural yang ditunjuk.

BAB VII PENGANGGARAN

Pasal 10

Anggaran dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, pelaporan dan pengawasan SPM dibebankan pada Pendapatan Rumah Sakit dan sumber pendapatan lain yang sah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku maka Peraturan Bupati Lumajang Nomor 53 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Haryoto Kabupaten Lumajang Tahun 2017-2019 (Berita Daerah Kabupaten Lumajang Tahun 2017 Nomor 53) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Lumajang
pada tanggal 31 Januari 2020

BUPATI LUMAJANG

ttd.

H. THORIQUL HAQ, M. ML.

Diundangkan di Lumajang
pada tanggal 31 Januari 2020

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN LUMAJANG

ttd.

Drs. AGUS TRIYONO, M. Si.
NIP. 19690507 198903 1 004

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI LUMAJANG
 NOMOR : 7 TAHUN 2020
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 dr. HARYOTO LUMAJANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UNTUK SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR KINERJA,
 DAN STANDAR PENCAPAIAN KINERJA**

1. Pelayanan Gawat Darurat;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Kemampuan melayani <i>life saving</i>	100%	100%
2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam
3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS yang masih berlaku	100 %	100%
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim
5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
6	Kepuasan pelanggan	≥ 70%	≥ 70%
7	Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
8	Khusus pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%	100%
9	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%

2. Pelayanan Rawat Jalan;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Pelayanan di Poliklinik oleh Dokter spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis
2	Ketersediaan pelayanan	Klinik anak, dalam, kandungan, bedah	*) Klinik Pelayanan
3	Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	Anak, remaja, napza, gangguan psikotik, gangguan neurotik, mental retardasi, mental organik, usia lanjut	Anak, remaja, napza, gangguan psikotik, gangguan neurotik, mental retardasi, mental organik, usia lanjut
4	Jam buka pelayanan: a. Senin – Kamis 08.00 -13.00 b. Jumat : 08.00 – 11.00 c. Sabtu : 08.00 – 13.00	08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 – 11.00	08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 – 11.00
5	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit
6	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	≥ 90%
7	a. Penegakan diagnosis tuberculosi dengan pemeriksaan mikroskopis tuberculosi	≥ 60%	≥ 60%
7	b. Pencatatan dan pelaporan tuberculosi di RS	≤ 60%	≤ 60%

*) Klinik Anak, Dalam, Kandungan, Bedah, Kulit dan Kelamin, Gigi dan Mulut, Paru, Dalam, Jantung, Mata, Rehab Medis, THT, Urologi, Onkologi, Psikiatri

3. Pelayanan Rawat Inap;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Pemberi pelayanan rawat inap	Dokter spesialis Perawat minimal pendidikan D3	Dokter spesialis Perawat minimal pendidikan D3
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Rawat inap anak, dalam, kebidanan, bedah	Rawat inap anak, dalam, kebidanan, bedah
4	Jam visite dokter spesialis	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	≤ 1,5%
6	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	≤ 1,5%
7	Tidak adanya pasien jatuh selama perawatan yang mengakibatkan kecacatan / kematian	100%	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	≤ 0,24%
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	≤ 5%
10	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	≥ 90%
11	Rawat inap TB:		
	a. Penegakan diagnosis tuberculosis dengan pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	≥ 60%
	b. Pencatatan dan pelaporan tuberculosis di RS	≥ 60%	≥ 60%
12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	Napza, gangguan psikotik, gangguan neurotik, dan gangguan mental organik	Napza, gangguan psikotik, gangguan neurotik, dan gangguan mental organik
13	Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100%
14	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	100%
15	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu

4. Pelayanan Bedah;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 48 jam	≤ 48 jam
2	Kematian di meja operasi	≤ 1%	≤ 1%
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%
7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	6%	6%

5. Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	<ul style="list-style-type: none"> Perdarahan $\leq 1\%$ Pre eklamsia $\leq 30\%$ Sepsis $\leq 0,2\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> Perdarahan $\leq 1\%$ Pre eklamsia $\leq 30\%$ Sepsis $\leq 0,2\%$
2	Pemberian pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (APN) dan bidan	Dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (APN) dan bidan
3	Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih
4	Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dokter Sp. OG, dokter Sp. Anak, dokter Sp. Anestesi	Dokter Sp. OG, dokter Sp. Anak, dokter Sp. Anestesi
5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	100%
6	Persalinan dengan seksio cesaria	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$
7	Keluarga berencana	100%	100%
	a. Persentase KB mantap (vasektomi & tubektomi) oleh tenaga kompeten (dokter Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U)		
	b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%
9	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$

6. Pelayanan Perawatan Instensif;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3\%$	$\leq 3\%$
2	Pemberi pelayanan pada unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis lain sesuai dengan kasus yang ditangani b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara D4	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis lain sesuai dengan kasus yang ditangani b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara D4

7. Pelayanan Radiologi;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	≤ 3 jam
2	Pelaksanaan ekspertisi	Dr. Spesialis Radiologi	Dr. Spesialis Radiologi
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto $\leq 2\%$	Kerusakan foto $\leq 2\%$
4	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin
2	Pelaksana ekpertisi	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK
3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil laboratorium	100%	100%
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	≤ 50%
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%
3	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%

10. Pelayanan Farmasi;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan	≤ 30 menit ≤ 60 menit	≤ 30 menit ≤ 60 menit
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%
3	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%

11. Pelayanan Gizi;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	≥ 90%
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	≤ 20%
3	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	100%

12. Pelayanan Transfusi Darah;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi
2	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	≤ 0,01%

13. Pelayanan Keluarga Miskin;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Pelayanan GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	100% terlayani

14. Pelayanan Rekam Medis;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setekah selesai pelayanan	100%	100%
2	Kelengkapan Informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit

15. Pengolahan Limbah;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Baku mutu limbah cair	<ul style="list-style-type: none"> • BOD ≤ 30mg/1 • COD ≤ 80 mg/1 • TSS ≤ 30 mg/1 • PH 6-9 	<ul style="list-style-type: none"> • BOD ≤ 30mg/1 • COD ≤ 80 mg/1 • TSS ≤ 30 mg/1 • PH 6-9
2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%

16. Pelayanan Administrasi Manajemen;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%
4	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	≥ 60%
6	Cost recovery	≥ 40%	≥ 80%
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%
8	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%

17. Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Pelayanan ambulans / kereta jenazah	24 jam	24 jam
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit	≤ 230 menit
3	Waktu tanggap / respon time pelayanan ambulans untuk masyarakat	30 menit	30 menit

18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Waktu tanggap / respon time pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam atau 120 menit	≤ 2 jam atau 120 menit

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%	≥ 80%
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%
3	Peralatan laboratorium dan alat ukur lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%

20. Pelayanan Laundry;

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%

21. Pelayanan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi.

No	Indikator Kinerja	Standar Minimal	Rencana Pencapaian
1	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	Ada anggota Tim PPI yang terlatih 75%	Ada anggota Tim PPI yang terlatih 75%
2	Tersedia alat pelindung diri (APD) di setiap instalasi rumah sakit	60%	60%
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)	75%	75%

BUPATI LUMAJANG,

ttd.

H. THORIQL HAQ, M.ML.

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI LUMAJANG
 NOMOR : 7 TAHUN 2020
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 dr. HARYOTO LUMAJANG

URAIAN TERHADAP STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan melayani *life saving*

Judul	Kemampuan melayani <i>life saving</i>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airway, breath, circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Gawat darurat
Sumber data	Rekam medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

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	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka Gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS yang masih berlaku

Judul	Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS yang masih berlaku
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS / PPGD / GELS / ALS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang berseertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan 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	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	1 tim
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

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	1 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 50)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

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 diberikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 70%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

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	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 2 perseribu
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

8. Khusus pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi mutu	Efektif dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

Judul	Tidak adanya pasien yang diharuskan 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	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Bidang Medis

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pelayanan di Poliklinik Oleh Dokter Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
--------------	--

Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk Rumah Sakit Pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam setiap bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

2. Ketersediaan Pelayanan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis- jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi	1 bulan

pengumpulan data	
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal : a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

4. Jam Buka Pelayanan:

Judul	Jam 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 : a. Senin – Kamis jam buka 08.00 s.d 13.00 b. Jum'at jam buka 08.00 s.d 11.00 c. Sabtu jam buka 08.00 s.d 13.00
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

5. 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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei

Sumber data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

7. Pasien Rawat Jalan *Tuberkulosis* (TB) yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien TB dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan TB dengan strategi DOTS adalah pelayanan TB dengan 5 strategi penanggulangan TB nasional. Penegakan diagnosa dan <i>follow up</i> pengobatan pasien TB harus melalui pemeriksaan mikroskopis TB, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti TB yang sesuai dengan standar penanggulangan TB nasional, dan semua pasien TB yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan TB yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (Minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

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. Untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut)
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

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 setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s.d 14.00
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s.d 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawat 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 3x24 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

6. Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

7. Tidak Adanya Pasien Jatuh Selama Perawatan yang Mengakibatkan 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	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut

Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$NDR \leq 25/1000$
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan Rumah Sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat setiap bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

11. Pasien Rawat Inap Tuberkolosis (TB) yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberkolosis (TB) yang Ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkolosis dengan strategis DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap TB dengan strategis DOTS adalah pelayanan dengan 5 strategi penanggulangan tuberkolosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien TB harus melalui pemeriksaan mikroskopis TB yang diobati dan dievaluasi secara khort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkolosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkolosis yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

12. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit yang Memberikan Pelayanan Jiwa

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit yang Memberikan Pelayanan Jiwa
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit Jiwa

Definisi operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psikopatologis
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal : a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

13. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam setiap bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat setiap bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

14. Kejadian *Re-Admision* Pasien Gangguan Jiwa Tidak Kembali Perawatan Dalam Waktu ≤ 1 Bulan

Judul	Kejadian <i>re-admision</i> Pasien Gangguan Jiwa Tidak Kembali Perawatan Dalam Waktu ≤ 1 Bulan
Dimensi mutu	Efektifitas, Kompetensi Teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan dan tidak kembali perawatan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dipulangkan setiap bulan dikurangi kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan setiap bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

15. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

Judul	Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa
Dimensi mutu	Efektifitas, Kompetensi Teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan di Rumah Sakit Jiwa
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rata-rata lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

IV. PELAYANAN BEDAH

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam setiap bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 2 hari

Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Bidang Medis
----------------------------------	--

2. Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian Kematian di Meja Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anastesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan setiap bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Bidang 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 salah sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi setiap bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Bidang 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 dan sentinel event
Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah operasi salah orang setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi setiap bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Bidang 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 kesesuaian 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 dan sentinel event
Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi setiap bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Bidang Medis

6. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing / Lain 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 tindakan 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 dan sentinel event
Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi setiap bulan
Sumber data	Rekam Medis. Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Bidang Medis

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

Judul	Komplikasi Anestesi Karena Over Dosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi setiap bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Bidang Medis

V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan

Judul	Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre 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

	<p>kehamilan trisemester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg • Protein uria > 5 gr/ 24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien dan penolong.</p> <p>Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam multi</p>
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	<p>a. Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan,</p> <p>b. Jumlah kematian pasien persalinan karena pre eklampsia/ eklampsia</p> <p>c. Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis</p>
Denominator	Jumlahpasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre eklampsia/ eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	<p>a. Perdarahan $\leq 1\%$</p> <p>b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$,</p> <p>c. Sepsis $\leq 0,2\%$</p>
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin, Bidang Keperawatan

2. Pemberian Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal)
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin, Bidang Keperawatan

3. Pemberian 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 terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat terlatih)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin, Bidang Keperawatan

4. Pemberian 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 yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin, Bidang Keperawatan

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas 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 analisa	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%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Ruang Perinatologi, Bidang Keperawatan

6. Pertolongan Persalinan dengan Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan Persalinan dengan Seksio Caesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisiensi
Definisi operasional	Seksio caesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio caesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin, Bidang Keperawatan

7. a. Persentase KB Mantap (Vasektomi & Tubektomi) Oleh Tenaga Kompeten (Dokter Sp.OG, Dr. Sp.B, Dr.Sp.U)

Judul	Persentase KB Mantap (Vasektomi & Tubektomi) Oleh Tenaga Kompeten (Dokter Sp.OG, dr.SpB, dr.Sp.U)
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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah peserta KB Mantap (Vasektomi % Tubektomi) yang dilayani oleh tenaga kompeten (Dokter Sp.OG, Dr. Sp.B, Dr.Sp.U)
Denominator	Jumlah peserta KB Mantap
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%

Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Klinik Kandungan dan Kebidanan, Bidang Keperawatan
----------------------------------	---

b. Persentase Peserta KB Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap Oleh Bidan Terlatih

Judul	Persentase Peserta KB Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap oleh Bidan Terlatih
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Persentase konsultasi anatara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah peserta konseling layanan KB mantap oleh Bidan terlatih
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Klinik Kandungan dan Kebidanan, Bidang Keperawatan

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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin, Bidang Keperawatan

VI. PELAYANAN PERAWATAN INSTENSIF

1. Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam

Judul	Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Perawatan Intensif, Bidang Medis

2. Pemberi Pelayanan Pada Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknik
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Perawatan Intensif, Bidang Medis

VII. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi

Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi, Bidang Medis

2. Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Judul	Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rotgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk 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 dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi, Bidang Medis

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

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

Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi, Bidang Medis

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 radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi, Bidang Medis

VIII. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Peanggungjawab	Kepala Instalasi Patologi Klinik, Bidang Medis

pengumpulan data	
------------------	--

2. Pelaksana ekpertisi

Judul	Pelaksana ekpertisi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekpertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekpertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan
Sumber data	Register di laboratorium
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Patologi Klinik, Bidang Medis

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil 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 analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Patologi Klinik, Bidang Medis

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 analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Patologi Klinik, Bidang Medis

IX. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik, Bidang Medis

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik

Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan / atau tidak sesuai dengan pedoman / standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik, Bidang Medis

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik, Bidang Medis

X. PELAYANAN FARMASI

1. Waktu tunggu pelayanan

a. Obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi, Bidang Medis

b. Obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi, Bidang Medis

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: <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien Instalasi Farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien Instalasi Farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi, Bidang Medis

3. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi, Bidang Medis

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi, Bidang Medis

XI. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei untuk mendapat makanan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi Gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah kumulatif porsi makanan yang diberikan kepada pasien yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≤ 20%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kesalahan pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian diet
Dimensi mutu	Kemananan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi

XII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi

Judul	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Unit BDRS, Bidang Medis

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada unit transfusi darah
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01\%$
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Unit BDRS, Bidang Medis

XIII. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin

Definisi operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu JKN-PBI / SKTM
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit setiap bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Bagian Keuangan

XIV. PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setekah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setekah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Sub Bagian Rekam Medis, Bidang Medis

2. Kelengkapan Informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggungjawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Sub Bagian Rekam Medis, Bidang Medis

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis 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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata \leq 10 menit
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Sub Bagian Rekam Medis, Bidang Medis

4. Penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis 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 mulai dari pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap
Standar	Rerata \leq 15 menit
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Sub Bagian Rekam Medis, Bidang Medis

XV. 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 (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/liter COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 80 mg/liter TSS (<i>total Suspended Solid</i>) : 30 mg/liter Ph : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
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%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala IPL

2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan

Judul	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat infeksius adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul

	3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah infeksius harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala IPL

XVI. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

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

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, indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas kinerja yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	Sub Bagian Perencanaan & Evaluasi
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Sub Bagian Perencanaan & Evaluasi, Bagian Renbang

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 1 tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Sub Bagian Kepegawaian, Bagian Umum

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun

Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Bagian Keuangan

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub Bagian Diklat dan Penelitian
Standar	≥ 60%
Peanggungjawab pengumpulan data	Sub Bagian Diklat dan Penelitian, Bagian Renbang

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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 bulan
Sumber data	Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi
Standar	≥ 40%
Peanggungjawab pengumpulan data	Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi, Bagian 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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	Sub bagian Akuntansi dan Verifikasi
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi, Bagian Keuangan

8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Ketepatan 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	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Peanggungjawab pengumpulan data	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan ketepatan pemberian insentif
Denominator	Jumlah bulan dalam 1 tahun
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Bagian Keuangan

XVII. PELAYANAN AMBULANS / KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulans / kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulans / kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans / kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien / keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulans / kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans / kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien / keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Peanggungjawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulans / kereta jenazah, Bagian Umum

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans / kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans / kereta jenazah

	diajukan oleh pasien / keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans / kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans / kereta jenazah yang tepat waktu (maksimal 30 menit) dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans / kereta jenazah dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulans / kereta jenazah
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulans / kereta jenazah, Bagian Umum

3. Waktu tanggap pelayanan ambulans untuk masyarakat

Judul	Waktu tanggap pelayanan ambulans untuk masyarakat
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu memberikan pelayanan transportasi bagi masyarakat yang membutuhkan
Definisi operasional	Kecepatan pelayanan petugas ambulans / kereta jenazah adalah kecepatan petugas memberikan pelayanan transportasi mobil ambulans / kereta jenazah mulai menerima permintaan pelayanan transportasi sampai saat berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak menerima permintaan pelayanan transportasi sampai saat berangkat dari rumah sakit
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans / kereta jenazah
Sumber data	Catatan penggunaan ambulans / kereta jenazah
Standar	≤ 30 menit
Peanggungjawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulans / kereta jenazah, Bagian Umum

XVIII. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap / respon time pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap / respon time 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 analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati setiap bulan
Denominator	Total pasien yang diamati setiap bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah, Bidang Medis

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit

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
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala IPS

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 waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / servis untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan / servis tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan

Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala IPS

3. Peralatan laboratorium dan alat ukur lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan laboratorium dan alat ukur lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Kelesamatan 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
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Kepala IPS

XX. 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
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Koordinator unit laundry, Bagian Umum

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 penyediaam linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Peanggungjawab pengumpulan data	Koordinator unit laundry, Bagian Umum

XXI. PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisa	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Peanggungjawab pengumpulan data	Tim PPI, Bidang Medis

2. Tersedia alat pelindung diri (APD) di setiap instalasi rumah sakit

Judul	Tersedianya APD
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 analisa	1 bulan

Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan apd
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	75%
Peanggungjawab pengumpulan data	Tim PPI, Bidang Medis

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, ptugas, dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survei
Standar	75%
Peanggungjawab pengumpulan data	Tim PPI, Bidang Medis

Keterangan

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BUPATI LUMAJANG

ttd.

H. THORIQUL HAQ, M.ML.

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI LUMAJANG
 NOMOR : 7 TAHUN 2020
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 dr. HARYOTO LUMAJANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL DAN URAIAN
 PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RUMAH SAKIT**

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat Jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan	60%
2.	Rawat Inap	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%

I. Rawat Jalan

1. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
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%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

2. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkolosis (TB)

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB)
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
Periode analisa	3 bulan

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%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Bidang Medis

II. Rawat Inap

1. Kegiatan Penegakan Diagnosis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
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%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

2. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan *Tuberculosis* (TB)

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan (TB)
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

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Bidang Medis

BUPATI LUMAJANG,

ttd.

H. THORIQUL HAQ, M.ML.