



BUPATI SIAK

PROVINSI RIAU

PERATURAN BUPATI SIAK
NOMOR 66 TAHUN 2026

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SIAK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SIAK,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Siak;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi dan Kota Batam (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 181, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3902) sebagaimana telah diubah beberapa kali dengan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2008 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi dan Kota Batam (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 107, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4880);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6801);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6178);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6952);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Tahun 2019 Nomor 157);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SIAK.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Siak.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Siak.
4. Perangkat Daerah Adalah Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Kabupaten Siak.
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem dinas/badan masyarakat yang daerah diterapkan dalam oleh unit memberikan pelaksana pelayanan teknis kepada yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD Kabupaten Siak.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang dilakukan oleh RSUD merupakan urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

Pasal 2

- (1) SPM BLUD RSUD digunakan sebagai pedoman bagi BLUD RSUD dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
- (2) SPM BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 3

Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini, adalah:

- a. memberikan layanan umum secara lebih efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggungjawab dengan memperhatikan asas keadilan, kepatutan dan manfaat sejalan dengan Praktik Bisnis Yang Sehat, untuk membantu pencapaian tujuan Pemerintah Daerah yang pengelolaannya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh Bupati;
- b. meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan secara lebih efektif dan efisien, kualitas pelayanan, fleksibilitas dan akuntabilitas pengelolaan pemanfaatan teknologi;
- c. meningkatkan harmonisasi tata kerja, prosedur kerja, tugas dan fungsi serta Sumber Daya Manusia pada BLUD RSUD;
- d. mendorong pengelolaan rumah sakit secara profesional, transparan dan efisien, serta memberdayakan fungsi dan peningkatan kemandirian organ rumah sakit.

BAB II
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU
PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Pasal 4

- (1) Jenis pelayanan yang disediakan RSUD BLUD meliputi:
 - a. Pelayanan gawat darurat;
 - b. Pelayanan rawat jalan;
 - c. Pelayanan rawat inap;
 - d. Pelayanan bedah;
 - e. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. Pelayanan intensif;
 - g. Pelayanan radiologi;
 - h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. Pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. Pelayanan farmasi;
 - k. Pelayanan gizi;
 - l. Pelayanan keluarga miskin;
 - m. Pelayanan rekam medis;
 - n. Pengelolaan limbah;
 - o. Pelayanan administrasi manajemen;
 - p. Pelayanan ambulans/ Kereta jenazah;
 - q. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - r. Pelayanan laundry;
 - s. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
 - t. Pencegah Pengendalian Infeksi;
- (2) Indikator, Standar (nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM BLUD RSUD tercantum pada Lampiran sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan Bupati ini.

BAB III
PELAKSANAAN DAN PEMBINAAN

Pasal 5

- (1) BLUD RSUD wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2).
- (2) Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan SPM.

Pasal 6

- (1) Bupati melalui Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan di bidang Kesehatan melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan pelayanan Kesehatan yang dilakukan BLUD RSUD.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
 - a. Perhitungan kebutuhan pelayanan rumah sakit sesuai SPM;
 - b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
 - c. Penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

BAB IV
MONITORING DAN EVALUASI

Bagian Kesatu
Monitoring

Pasal 7

- (1) Bupati melalui Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Kesehatan melaksanakan Monitoring dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan sesuai SPM.
- (2) Bupati Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Kesehatan sesuai standar Pelayanan Minimal yang menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan BLUD RSUD sesuai SPM yang telah ditetapkan.

Bagian Kedua
Evaluasi

Pasal 8

- (1) Pencapaian SPM BLUD RSUD dievaluasi oleh Tim yang ditetapkan oleh Bupati sekurang-kurangnya sekali dalam satu tahun.
- (2) Hasil evaluasi selanjutnya disampaikan kepada Bupati.
- (3) Hasil rekomendasi dari Bupati ditindaklanjuti oleh RSUD.

BAB V
PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Siak Sri Indrapura
pada tanggal 20 Februari 2026

BUPATI SIAK,

AFNI. Z

Diundangkan di Siak Sri Indrapura
pada tanggal 20 Februari 2026

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SIAK,

MAHADAR

BERITA DAERAH KABUPATEN SIAK TAHUN 2026 NOMOR 66.

TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MINAS

1. Indikator, standar dan batas waktu setiap jenis pelayanan

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB			
		JENIS	URAIAN					
1	Pelayanan gawat darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100%	Instalasi gawat darurat			
			2. Pemberi pelayanan kegawat-daruratan yang bersertifikat ATLS/BCLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%				
			3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim				
		Proses	4. Jam buka pelayanan darurat	24 Jam				
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 Menit dilayani setelah pasien datang				
			6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%				
		Output	7. Kematian Pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2 perseribu				
		Outcome	8. Kepuasan pasien	≥ 80 %				
		2	Pelayanan rawat jalan	Input		1. Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS	Instalasi rawat jalan
						2. Dokter pemberi pelayanan dipoliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	
3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali jum'at 08.00-11.00							
4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit							
Proses	5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis			100%				
	6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS			100%				

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	
		Output	8. Peresepan obat sesuai formularium	100%	
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	
		Outcome	10. Kepuasan Pasien	≥ 90%	
3	Pelayanan rawat inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS	Instalasi rawat inap
			2. Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai Pola ketenagaan jenis dan kelas RS	
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100%	
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	
			6. Jam visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditandatangani dengan strategis DOTS	100%	
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	Instalasi bedah sentral
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	
			13. Kematian Pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90%	
4	Pelayanan bedah sentral	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan RS	
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan RS	
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan RS	
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	
			9. Komplikasi anastesi karena overdosis, rekasi anastesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Output	10. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
5	Persalinan dan perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG / Dokter Umum / Bidan	Persalinan dan perinatologi
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK	
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Terlatih	
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	Dokter Sp.OG / Dokter SPA, Dokter Sp.An	
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan dengan asfiksia	100%	
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20 %	
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU atau dokter umum terlatih	100%	
			8. Konseling peserta mantap oleh bidan terlatih	100%	
		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Prek-lampsia ≤ 3% c. Sepsis ≤ 0,2 %	
		Outcome	10. Kepuasan Pasien	≥ 80 %	
		Input	1. Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Pelayanan intensif
6	Pelayanan intensif		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	
		Proses	3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	
			4. Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100%	
			5. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 21 %	
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	
7	Pelayanan radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter Spesialis Radiologi, Radiografer	Pelayanan radiologi
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS	
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 %	
			4. Kerusakan foto	≤ 2 %	

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%		
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter Spesialis Radiologi		
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %		
		Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi Klinik 2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai Kelas RS Sesuai Kelas RS		
8	Pelayanan patologi klinik	Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi Klinik	≤ 120 %	Pelayanan patologi	
			4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen		
			5. Kemampuan memeriksa HIV -AIDS			
		Output	6. Kemampuan Mikroskopis TB paru			
			7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Tersedia tenaga, peralatan dan reagen		
			8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spesialis patologin klinik		
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%		
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %		
9	Pelayanan rehabilitasi medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit	Pelayanan rehabilitasi medik	
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit		
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%		
			4. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi Medik yang direncanakan	50%		
		Output	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %		
		10	Pelayanan farmasi	Input		1. Pemberi pelayanan farmasi
	2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi			Sesuai kelas rumah sakit		
	3. Ketersediaan formularium			Tersedia dan update paling lama 3 tahun		
Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi			≤ 30 menit		
	5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan			≤ 60 menit		
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%		
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %		
		Input	1. Pemberi pelayanan gizi 2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai pola ketenagaan tersedia		
11	Pelayanan gizi	Input			Gizi	

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Proses	3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90 %	
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 95 %	
		Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20 %	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
		Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	
12	Pelayanan tranfusi darah		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	Bank darah
		Proses	3. Kejadian reaksi tranfusi	≤0,01%	
		Output	4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan tranfusi rumah sakit	100%	
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
		Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia ada	
13	Pelayanan pasien keluarga miskin		2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin		Rekam medik
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	
			4. tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	
		Output	5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
14	Pelayanan rekam redik	Input	1. Pemberi Pelayanan Rekam Medik	Sesuai persyaratan	Rekam medik
		Proses	2. Waktu Penyediaan dokumen Rekam Medik rawat jalan	≤ 10 menit	
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	
			5. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	IPSRs
		Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas rumah sakit	
				(Permenkes No. 1204 Tahun 2024)	
15	Pengolahan limbah	Input	2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit, cair, padat	Sesuai peraturan perundangan	

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
16	Administrasi dan manajemen	Proses	3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan	Administrasi dan manajemen
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l	
				b. COD < 80 mg/l	
				c. TSS < 30 mg/l	
				d. PH 6-9	
		Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatn dalam struktur organisasi	≥ 90 %	
			2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	
			3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	
			4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	
			5. Adanya perencanaan strategis bisnis rumah sakit	Ada	
			6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	
			7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	
			8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	
			9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	
			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	
			11. Ketepatan waktu penyusunan lapran keuangan	100%	
			12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	
		Output	13. Cost recovery	≥ 60 %	
			14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	
			15. Karyawan menadapat pelatihan minimal 20 perjam pertahun	≥ 60 %	
			16. Ketepatan waktu pemebrian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	
17	Pelayanan ambulans dan	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	Pemulasaran jenazah
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Supir ambulans terlatih	
			3. Ketersediaan mobil ambulans an mobil jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / mobil jenazah 5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit ≤ 30 menit	
		Output	6. tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecelakaan atau kematian	100%	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	
		Input	1. Ketersediaan Pelayanan Transit jenazah 2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah 3. Ketersediaan tenaga diinstalasi Perawatan jenazah	24 Jam Sesuai kelas rumah sakit ada SK Direktur	
		Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 menit setelah dikamar jenazah	
			5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	
		Output	6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	
19	Pelayanan laundry	Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Pelayanan laundry
		Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry 2. Adanya penanggung jawab pelayanan laundry 3. Ketersediaan fasilitas dan pelayanan laundry	Tersedia ada SK Direktur Tersedia	
		Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen infeksius untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	
			5. Ketepatan waktu pengelolaan linen infeksius	100%	
		Output	6. Ketersediaan linen	2, 5-3 set x Jumlah tempat tidur	
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	
		Input	1. Adanya penanggung jawab IPSRAS	SK Direktur	
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit		2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	IPSRS
			3. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %	
		Proses	4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	
		Output	6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI TERLATIH 75%	PPIRS
			2. Ketersediaan APD disetiap instalasi/depatemen	≥ 60 %	
			3. Rencana program PPI	Ada	
			4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	
			6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial /helath care assciated infection (HA) dirumah sakit	≥ 75 %	
22	Pelayanan keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	Keamanan
			2. Sistem pengamanan	Ada	
			3. Petugas Keamanan melakukan keliling rumah sakit	Setiap Jam	
			4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Setiap 3 bulan	
			5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	
			6. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	
		Output			
		Outcome			



BUPATI SIAK,



AFNI. Z

STANDAR PELAYANAN MINIMNAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MINAS

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani live saving di UGD

Judul	Kemampuan menangani live saving di UGD
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan dengan memberikan pertolongan medis segera dan tepat pada pasien gawat darurat, sesuai dengan prinsip waktu adalah nyawa
Definisi operasional	Live saving adalah tindakan atau upaya penyelamatan jiwa dari kondisi yang mengancam nyawa, baik itu melalui pertolongan pertama di keadaan darurat, obat-obatan spesifik, peralatan khusus, atau pelatihan keterampilan untuk menyelamatkan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	proses, cara, perbuatan yang berupa penyelamatan, pengobatan, dan pertolongan pertama
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber data	Sampel
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. UGD & tim mutu

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersediakan pelayanan gawat darurat 24 jam
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam x 7 hari penuh
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah hari buka UGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. UGD

3. Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS/BTCLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS/BTCLS/ACLS/PPGD
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam pelayanan gawat darurat
Definisi operasional	Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan gawat darurat secara dasa
Frekuensi pengumpulan data	Setiap tiga bulan
Periode analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan gawat darurat ATLS/BTCLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Pelatihan rumah sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk meberikan pelayanan penanggulangann bencana
Definisi operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk meberikan pertolongan klinis dalam penangguloangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapatkan pelatihan SPGDTS
Denominator	1 tim
Sumber data	UGD
Standar	1 tim
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. UGD

5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, renposif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Waktu tanggap dalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di UGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber data	Sampel
Standar	< 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. UGD & Tim Mutu

6. Kepuasan pelanggan pada gawat darurat

Judul	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, apoteker, pendaftaran
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian pasien gawat darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei
Sumber data	survei
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. UGD / Tim Mutu

7. Kematian pasien < 24 jam di UGD

Judul	Kematian pasien <24 jam di UGD
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	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal <24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	Rekam medis
Standar	<2 permil
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. UGD

8. 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	Tiga bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang gawat darurat
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ka. UGD

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Ketersediaan pelayanan

Judul	Ketersediaan Pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan
Periode analisa	3 Bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan

2. Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Kompetensi teknis 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>clinical privilege</i> yang diberikan).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan

3. Jam buka pelayanan rawat jalan

Judul	Jam buka pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka antara pukul 08.00-13.00 WIB setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 -11.00 WIB
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam sebulan
Sumber data	Register rawat jalan

4. Waktu tunggu rawat jalan

Judul	Waktu tunggu rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja disetiap 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
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5.Penegakan diagnosis Tuberculosis

Judul	Penegakan diagnosis tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberkulosis
Definisi operasional	Penegakan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya mycobacterium tuberculosis melalui 3x pemeriksaan mikroskopis

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosis tuberculosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis yang diperiksa
Sumber data	Rekam medik pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan

6.Pasien rawat jalan TB yang di tangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	Tiap satu bulan
Periode analisa	Tiap satu bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlahseluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan

7.Ketersediaan pelayanan VCT

Judul	Ketersediaan pelayanan VCT
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayananVCT dirumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV /AIDS
Definisi operasional	Pelayanan voluntary counsellingand testing adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Adanya pelayanan VCT
Denominator	1
Sumber data	Instalasi rawat jalan

Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan

8. Pereseapan obat sesuai formularium

Judul	Pereseapan obat sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minmal 50 sampel)
Sumber data	Instalasi farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan

9. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan pelaporan tuberculosis di rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Ketersediaan pelayanan

Judul	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

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

3. Tempat tidur dengan pengaman

Judul	Tempat tidur dengan pengaman
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar pasien tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan instalasi rawat inap
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat inap

4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan

Judul	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh dalam kamar mandi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Sumber data	Catatan instalasi rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

5. 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 terkordinasi 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 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien dirawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

6. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian rawat inap
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 dirawat inap jam 08.00 s/d 14.00
Denominator	Jumlah seluruh visite dokter spesialis dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

7. Kejadian infeksi paska operasi

Judul	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui kejadian infeksi paska operasi di rumah sakit
Definisi operasional	Infeksi paska operasi adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh setelah menjalani prosedur operasi
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkjena infeksi paska operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan

Sumber data	Survei, laporan infeksi paska operasi
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap/tim mutu

8. Kejadian infeksi nosocomial

Judul	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat dirumah sakit yang meliputi decubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkjena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap/tim mutu

9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh
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, maupun di kamar mandi, dll.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan

	obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional dan semua pasien yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penggulangan tuberculosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS

Judul	Pencatatan dan pelaporan TB di RS
Dimensi mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberculosis dalam mendukung epidemiologi tuberculosis
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tuberculosis yang dicatat dan dilpaorkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien tuberculosis
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

12. Kejadian pulang paksa/sebelum dinyatakan sembuh

Judul	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Pulang sebelum sembuh 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 sebelum dinyatakn sembuh dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 5%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap/ tim mutu

13. Kematian pasien $\geq$ 48 jam

Judul	Kematian pasien >48 jam
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien >48 jam adalah kematian yang terjadi setelah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian > 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq 24/1000$ (internasional) atau $\leq 25/1000$ (Indonesia)
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap/ tim mutu

14. Kepuasan pasien

Judul	Kepuasan Pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat dan kondisi ruangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pasien dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab	Ketua tim mutu

IV. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Ketersediaan tim operator

Judul	Ketersediaan tim operator
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi operasional	Tim operator adalah tim yang siap untuk operasi melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan nal sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas instrumen sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Perionde analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (beban kerja)
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sak
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RS
Sumber data	Instalasi bedah sentral
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

3. Kemampuan melakukan tindakan operatif

Judul	Kemampuan melakukan tindakan operatif
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Rumah sakit mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dan unazulan rumah sakit
Definisi operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah sentral
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RS
Sumber data	Instalasi bedah sentral
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

4. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien operasional dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral komite medis

6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>

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

7. 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 tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

10. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas
Tujuan	Tergambarkannya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

11. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan instalasi bedah sentral
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan instalasi bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat

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	≥ 90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/ tim mutu

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI ((kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)

1. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, Dokter umum terlatih (APN), Bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan memenuhi kualifikasi menolong persalinan
Denominator	Jumlah dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian, RM, seksi medik dan keperawatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kasi medik dan keperawatan

2. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, Dokter umum, dokter Sp.A, Bidan, dan Perawat terlatih. Penyulit persalinan antara lain meliputi partus lama, KPD, Kelainan letak janin, TBJ < 2500gr, kalinan panggul, perdarahan ante partum, eklamsia, PEB, tali pusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp. OG, dokter umum, dokter Sp.A, Bidan, dan Perawat terlatih
Denominator	Jumlah dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan dengan penyulit

Sumber data	Kepegawaian, RM, seksi medik dan keperawatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kasi Medik dan Keperawatan

3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dokter Sp.A, Dokter Sp. Anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp. OG, dokter Sp.A, Dokter Sp. Anastesi.
Denominator	Jumlah dokter spesialis yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Sumber data	Kepegawaian, RM, Seksi Medik dan Keperawatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kasi Medik dan Keperawatan

4. Kemampuan Menangani BBLR (1500 gr s.d 2500 gr)

Judul	Kemampuan Menangani BBLR (1500 gr s.d 2500 gr)
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr s.d 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500gr -2500gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500gr -2500gr yang ditangani
Sumber data	Kepegawaian, RM, Seksi Medik dan Keperawatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite Medik / Komite Mutu

5. Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia

Judul	Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Definisi operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir yang tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah bayi baru lahir asfiksia yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh bayi barulahir asfiksia yang ditangani
Sumber data	Kepegawaian, RM, Seksi Medik dan Keperawatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite Medik / Komite Mutu

6. Pertolongan persalinan melalui Seksio Caesaria

Judul	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Caesaria
Dimensi mutu	Efektivitas , efisiensi dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di RS yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	Seksio Caesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Perionde analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio caesaria pada pasien yang memeriksakan antenatalnya di RS dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di RS dalam periode yang sama
Sumber data	RM
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Komite Mutu

7. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RS terhadap kasus persalinan
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, preeklamsia, eklamsia, dan sepsis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Perionde Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, preeklamsia, eklamsia, dan sepsis
Denominator	Jumlah seluruh pasien persalinan dengan perdarahan, preeklamsia, eklamsia, dan sepsis.
Sumber Data	RM
Standar	Perdarahan ≤ 1%, Preeklamsia ≤ 30%, Sepsis ≤ 0,2%
Penanggung Jawab	Komite Medik

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien, terhadap mutu pelayanan, persalinan

Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
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	$\leq 80\%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

1. Pemberi Pelayanan Intensif

Judul	Pemberi pelayanan intensif
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan intensif
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala instalasi ICU

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekal
Periode analisis	Tiga bulan sekal
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan intensi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris ICU

Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala instalasi ICU

3. Kejadian Infeksi Nosokomial di ruang ICU

Judul	Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di ruangICU
Definisi operasional	Infeksinosokomialadalahinfeksi yang dialamioleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yangmeliputidekubitus, phlebitis, sepsis, daninfeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasienrawat inap yangterkenainfeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam periode yang sama
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9%
Penanggung jawab	Kepala ruang ICU

4. 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	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat operasional inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan in tensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam periode yang sama
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 3 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

1. Pemberi pelayanan radiologi

Judul	Pemberi Pelayanan Radiologi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya Pelayanan Radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Radiologi
Standar	Dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan radiografi
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiografi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris instalasi radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto Thorax

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan foto Thorax
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

4. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

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

5. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei minimal minimal 50
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Pemberi pelayanan patologi klinik

Judul	Pemberi pelayanan patologi klinik
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan patologi klinik oleh tenaga yang kompeten
Defenisi operasional	Pemberi pelayanan patologi klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Pengambilan data	1 bulan
Periode analis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan Patologi Klinik
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, instalasi laboratorium
Standar	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rumah Sakit

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium patologi klinik

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberi pelayanan patologi klinik
Defenisi operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito maupun efektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Pengambilan data	Tiga bulan sekali
Periode analis	Tiga bulan sekal
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	

Sumber data	Inventaris instalasi laboratorium
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Defenisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tegang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlak kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorim pasien yang di survey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium yang di survey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab	Ketua Instalasi Laboratorium

4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan specimen laboratorium
Defenisi operasional	Kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukar specimen orang yang satu dengan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah seluruh specimen laborarium yang diperiksa dikurangi jumlah specimen yang tertukar
Denominator	Jumlah seluruh specimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	Rekam medic, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

5. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS

Judul	Kemampuan memeriksa HIV – AIDS
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa HIV - AIDS
Defenisi operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV – AIDS adalah pemeriksaan skring HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV - AIDS

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV - AIDS
Denominator	
Sumber data	Rekam medic
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab	Komite Medik / Komite Mutu

6. Kemampuan memeriksa mikroskopis tuberkulosis paru

Judul	Kemampuan memeriksa mikroskopis tuberkulosis paru
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa mikroskopis tuberculosi paru
Defenisi operasional	Pemeriksaan mikroskopis tuberculosi paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosi
Denominator	1
Sumber data	Rekam medic
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik / komite mutu

7. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

8. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Defenisi operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di periksa laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medic
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal

Judul	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas, efisiensi
Tujuan	Ketepatan hasil patologi klinik
Defenisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak luar rumah sakit yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter di periksa yang sesuai
Denominator	Jumlah seluruh parameter yang di periksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

10. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Defenisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di

	survei (dalam proses)
Denominator	Jumlah pasien yang di survey (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Pemberi Pelayanan rehabilitasi medik

Judul	Pemberi Pelayanan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Memulihkan fungsi fisik, psikologis adn sosial pasien serta mencegah terjadinya disabilitas lebih lanjut.
Definisi Operasional	Tindakan atau rangkaian layanan kesehatan yang diberikan secara tepat sesuai rencana asuhan medis dan pedoman standar atau memulihkan atau memaksimalkan fungsi fisik, mental, dan sosial pasien yang mengalami gangguan atau disabilitas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Fasilitas dan Peralatan Rehabilitasi Medik

Judul	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Untuk membantu pasien dalam pemulihan fisik mereka setelah mengalami kecelakaan atau penyakit yang meyebabkan kecacatan fisik
Definisi operasional	Rangkaian tindakan medis yang bertujuan memulihkan, meningkatkan atau mempertahankan kemampuan fisik mental dan sosial seseorang yang mengalami gangguan akibat penyakit, cedera, atau kondisi tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris instalasi rehabilitasi medik
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambrnya kejadiankesalahanklinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasimediky yang diperluka yangtidaksesuai dengan rencana asuhan dan/ a tau tidak sesuai deng
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 tindakanrehabilitasimedik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

4. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

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

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambamya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Devinisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

X. FARMASI

1. Pemberi pelayanan farmasi

Judul	Pemberi pelayanan farmasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga farmasi yang ada di instalasi farmasi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Ketersediaan formularium

Judul	Ketersediaan formularium
Dimensi mutu	Efisiensi

Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	1
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

4. Waktu tunggu pelayanan 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

5. Waktu tunggu pelayanan 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 analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh asien instalasi farmasi an disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

7. Kepuasan pelanggan

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

XI. GIZI

1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	Pemberi Pelayanan Gizi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan gizi
Devinisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yangdipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di instalasi gizi

Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung Jawab	Kepala instalasi gizi

2. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Devinisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan sebagai berikut : • Makanan pagi jam 07.00 – 07.30 • Makan siang jam 11.30 – 12.00 - Makanan sore jam 17.00 – 18.00
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Register gizi
Standar	>90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi /kepala instalasi rawat inap

3. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Devinisi operasional	Sisa makanan Adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien dengan ketentuan <20% dari menu yang disajikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien rawat inap dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Instalasi gizi
Standar	<20%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi /kepala instalasi rawat inap

4. Tidak adanya kesalahan pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Devinisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi	1 bulan

pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Register gizi
Standar	>95%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi

XII. TRANFUSI DARAH

1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah

Judul	Tenaga penyedia pelayanan bank darah
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bank darah
Definisi operasional	Pemberi pelayanan bank darah adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan bank darah rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Perionde Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di bank darah rumahsakit
Denominator	1
Sumber data	Bank Darah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuanPedoman Bank Darah RumahSakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapanfasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bank darah
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan bank darah adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bank darah sesuai dengan persyaratan dalam Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Perionde analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan Bank Darah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Sesuai dengan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

3. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis 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 satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab BDRS

4. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung Jawab BDRS

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)

Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung Jawab BDRS

XIII. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

1. Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin

Judul	Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk pasien keluarga miskin
Denominator	1
Sumber data	Jamkesmas/Jamkesda
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

2. Kebijakan RS untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Judul	Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Miskin
Denominator	1
Sumber data	Arsip SK
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

3. Waktu tunggu Verifikasi Kepesertaan

Judul	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/ tim pengumpul data mutu

4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin

Judul	Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin
Dimensi mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Jaminan tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Definisi operasional	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang tidak dikenakan biaya tambahdikurangi jumlah pasien keluarga miskin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin
Sumber data	Survei Waktu Tunzzu Verifikasi Kepesertaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/ tim mutu

5. Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani

Judul	Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas atau jamkesda yang bekerjasama dengan RS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Panitia Mutu

XIV. REKAM MEDIK

1. Pemberi Pelayanan Rekam medik

Judul	Pemberi Pelayanan Rekam medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam medik
Definisi operasional	Pemberi pelayanan Rekam medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan Rekam medik
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi Rekam medik rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rekam medik Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam medik

2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

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

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen Rekam medik rawat inap adalah dokumen Rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei
Standar	± 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam medik

4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

5. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan Tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik

XV. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Lim bah Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk Pengelolaan Lim bah Rumah Sakit
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan per ala tan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

2. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	Pengelolaan Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi operasional	Limbah Cair adalah limbah cair yang dihasilkandalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis mau pun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu sekali
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/ Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

3. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Ccemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter pH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 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 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kesling dan Taman

4. Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya Sesuai dengan Aturan

Judul	Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan -bahanyang tercemar jasad renikyang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederaikan, antara lain: 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengelolaan limbah padat berbahaya dilakukan dengan bekerja sama dengan pihak ke tiga sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengelolaan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kesling dan Taman

2. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	Kelengkapan Pengisian Jabatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalamstruktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	Peraturan Internal Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaranadministrasidanmanajemenrumahsakit, adanya kejelasanhubungankerja pemilik, direksi, dan praktisi medis

Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisimedis dirumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	Peraturan Internal Rumah Sakit
Numerator	1
Denominator	Sekretariat
Sumber data	Ada ditetapkan oleh pemilik
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumah sakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit Adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	Daftar Urutan Kepangkatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaankarir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber Data	Sekretariat
Standar	Ada dan <i>di-update</i> tiap 6 bulan
Penanggung Jawab	Direktur Rumah Sakit

5. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Strategis Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuanstrategisrumahsakitdalam mengemban visi dan misi
Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber day a untuk mencapai tujuan strategi
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	Perencanaan Strategi
Numerator	Perencanaan Strategi
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

6. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	TersedianyaSDM yangkompetendan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber Data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

Denominator	Totalhasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

9. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikangajiberkalaadalahkenaikangajisecara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UUNo43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

10. Pelaksanaan rencana pengembangan sdm

Judul	Pelaksanaan rencana pengembangan sdm
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi teknis dan tercapainya pengembangan karir SDM
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembanganSDMdalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program pengembanganSDM dalam periode waktu tertentu
Sumber Data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	≥90 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan

11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambanya 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	≥90
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

12. Kecepatan waktu pemberian Informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambamyakecepatanpelayananinformasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien raw at 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 denganinformasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasienrawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

13. CostRecovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periodewaktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasionaldalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	hasil pengamatan
Standar	≥60 %
Penanggung Jawab	Bagian Keuangan

14. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambaryakepedulianadministrasirumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinetja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan ke berhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinetja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayananminimal),indikatorindikator kinetja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator- indikator kinetja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Direktur

15. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambaryakepedulianrumahsakit terhadapkualitas sumber dayamanusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan

	kompetensikaryawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

16. Ketepatan waktu pemberian insentif

Judul	Ketepatan waktu pemberian insentif
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalahimbalan yang diberikan kepada karyawansesuai dengan prestasikerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/ peraturan rumahsaki
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	3
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Bagian Keuangan

3. PELAYANAN AMBULANCE DAN MOBIL JENAZAH

1. Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung Jawab	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaraan Jenazah

2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah

Judul	Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang ompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans/mobilienazahyangterlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Tenaga yang memberikan pelayananan mbulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir ambulans/ mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Umum

3. Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber Data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung Jawab	Kepala IGD

4. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulans Mobil Jenazah Di Rumah sakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/Mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianyaambulans /mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans / mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/ mobil jenazah dalam satu

	bulan
Sumber Data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	≤ 30menit
Penanggung Jawab	Penanggung jawab ambulans

5. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans / Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil [enazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans/ mobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulans/ mobil jenazah kepadamasyarakatadalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans / mobil jenazah diajukan oleh masyarakatsampaiambulans/ mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans/ mobil Jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlahseluruh permintaanambulans/keretajenazah dalam satubulan
Sumber Data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung Jawab	Penanggung jawab ambulans

XVIII. PERAWATAN JENAZAH

1. Ketersediaan Pelayanan Transit Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Transit Jenazah
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Agar jenazah siap dibawa pulang oleh pihak keluarga.
Definisi operasional	Proses penanganan yang dilakukan pada jenazah pasien yang dirawat dirumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	24 Jam
Penanggung Jawab	Transit Jenazah

2. Ketersediaan Fasilitas kamar Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan kamar Jenazah
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Agar jenazah siap dibawa pulang oleh pihak keluarga.
Devinisi Operasional	Unit pelayanan yang bertanggungjawab dalam melayani atau memelihara pasien yang sudah meninggal dunia, baik dari dalam rumah sakit maupun dari luar rumah sakit.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	24 Jam
Penanggung Jawab	Transit Jenazah

3. Ketersediaan tenaga diinstalasi Perawatan jenazah

Judul	Ketersediaan tenaga diinstalasi Perawatan jenazah
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Agar jenazah siap dibawa pulang oleh pihak keluarga.
Definisi operasional	Unit pelayanan yang bertanggungjawab dalam melayani atau memelihara pasien yang sudah meninggal dunia, baik dari dalam rumah sakit maupun dari luar rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	24 Jam
Penanggung Jawab	Transit Jenazah

4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung Jawab	Transit Jenazah

5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution

Judul	Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung Jawab	Transit Jenazah

6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah

Judul	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung Jawab	Transit Jenazah

7. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung Jawab	Transit Jenazah

XIX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Ketersediaan pelayanan laundry

Judul	Ketersediaan pelayanan laundry
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab	Pelayanan laundry

2. Adanya penanggung jawab pelayanan laundry

Judul	Adanya penanggung jawab pelayanan laundry
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	ada SK Direktur
Penanggung Jawab	Pelayanan laundry

3. Ketersediaan faslitas dan pelayanan laundry

Judul	Ketersediaan faslitas dan pelayanan laundry
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab	Pelayanan laundry

4. Ketepatan waktu penyediaan linen infeksi untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen infeksi untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	Pelayanan laundry

5. Ketepatan waktu pengelolaan linen infeksi

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen infeksi untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	Pelayanan laundry

6. Ketersedian linen

Judul	Ketersedian linen
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	Pelayanan laundry

7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi

Judul	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	Pelayanan laundry

XX. PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Adanya penanggung jawab IPSRAS

Judul	Adanya penanggung jawab IPSRAS
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	SK Direktur
Penanggung Jawab	IPSRS

2. Ketersediaan bengkel kerja

Judul	Ketersediaan bengkel kerja
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab	IPSRS

3. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit

Judul	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab	IPSRS

4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	IPSRS

5. Ketepatan waktu kalibrasi alat

Judul	Ketepatan waktu kalibrasi alat
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	IPSRS

6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu

Judul	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	IPSRS

XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih

Judul	Adanya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Anggota Tim PPI TERLATIH 75%
Penanggung Jawab	PPI

2. Ketersediaan APD disetiap instalasi/depatemen

Judul	Ketersediaan APD disetiap instalasi/depatemen
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	≥ 60 %
Penanggung Jawab	PPI

3. Rencana program PPI

Judul	Rencana program PPI
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Ada
Penanggung Jawab	PPI

4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana

Judul	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	PPI

5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas

Judul	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	PPI

6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial /helath care assciated infection (HAI) dirumah sakit

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial /helath care assciated infection (HAI) dirumah sakit
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	≥ 75 %
Penanggung Jawab	PPI

XXII. PELAYANAN KEAMANAN

1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan

Judul	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Devinisi Operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung Jawab	Keamanan

2. Sistem pengamanan

Judul	Sistem pengamanan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Ada
Penanggung Jawab	Keamanan

3. Petugas Keamanan melakukan kelilling rumah sakit

Judul	Petugas Keamanan melakukan kelilling rumah sakit
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Setiap Jam
Penanggung Jawab	Keamanan

4. Evaluasi terhadap sistem pengaman

Judul	Evaluasi terhadap sistem pengaman
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	

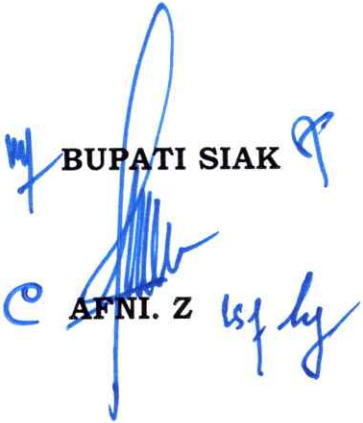
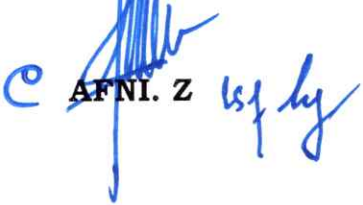
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	Setiap 3 bulan
Penanggung Jawab	Keamanan

5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

Judul	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan pegawai rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan pegawai tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/ karyawan
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab	Keamanan

6. Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan

Judul	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/ keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab	Bagian umum


BUPATI SIAK

AFNI. Z