



# **BUPATI BENGKULU SELATAN**

PERATURAN BUPATI BENGKULU SELATAN  
NOMOR 12 TAHUN 2012

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
HASANUDDIN DAMRAH MANNA  
KABUPATEN BENGKULU SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BENGKULU SELATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk melaksanakan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129 / Menkes / SK / II / 2008 tentang Standar pelayanan minimal Rumah Sakit, maka perlu ditindak lanjuti dengan disusunnya standar pelayanan minimal bagi badan pengelola Rumah Sakit Daerah yang akan melaksanakan pola pengelolaan keuangan badan pelayanan umum daerah;
  - b. bahwa Rumah Sakit sebagai saah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat yang memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati Bengkulu Selatan tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Darurat Nomor 4 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten-Kabupaten Dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1091);
  2. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1967 tentang Pembentukan Provinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1967 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2828);
  3. Undang-Undang Nomora 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara

4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355)
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844) ;
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438)
7. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737 );
14. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 08/PMK. 02/2006 tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa pada Badan Layanan Umum;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006

- tentang Perubahan kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
  17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
  18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

## MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HASANUDDIN DAMRAH MANNA KABUPATEN BENGKULU SELATAN.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Bengkulu Selatan
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Bengkulu Selatan
3. Bupati adalah Bupati Bengkulu Selatan
4. Rumah Sakit Umum Daerah adalah Rumah Sakit Umum daerah Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan yang selanjutnya disingkat RSUD Hasanuddin Damrah Manna
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Hasanuddin Damrah Manna kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Hasanuddin Damrah Manna kepada masyarakat, yang selanjutnya disingkat SPM.
7. Badan Layanan Umum Daerah adalah Badan Layanan Umum Daerah Kabupaten Bengkulu Selatan yang selanjutnya disingkat BLUD.
8. Pola Pengelolaan Keuangan adalah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Kabupaten Bengkulu Selatan yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraan sesuai dengan standar

- keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
  13. Indikator Kinerja adalah variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
  14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
  15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
  16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
  17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
  18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
  19. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
  20. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bias dicapai.
  21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

## BAB III JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

### Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

### Pasal 3

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penembuhan (kuratif) pemulihan

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Pelayanan Bedah Sentral;
- e. Pelayanan Persalinan, KIA dan KB, Perinatologi
- f. Pelayanan Intensif;
- g. Pelayanan Radiologi;
- h. Pelayanan Laboratorium;
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
- j. Pelayanan Farmasi;
- k. Pelayanan Gizi;
- l. Pelayanan Bank Darah;
- m. Pelayanan Keluarga Miskin;
- n. Pelayanan Rekam Medi;
- o. Pengelolaan Limbah;
- p. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
- q. Pelayanan Ambulance;
- r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- s. Pelayanan Laundry;
- t. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
- u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
- v. Pelayanan Keamanan

Bagian Kedua  
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian  
Dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

- (1) Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV  
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan Pola PPK BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Rumah Sakit Umum Daerah Paling lambat 1 (satu) tahun menyusun Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal

## Pasal 6

- (1) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

## BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN Bagian kesatu Pembinaan

### Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
  - b. Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
  - d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

## Bagian kedua Pengawasan

### Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah.

### Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal

## Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

## BAB VI PENUTUP

## Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Manna  
Pada tanggal 2012  
BUPATI BENGKULU SELATAN

H. RESKAN. E. AWALUDDIN

Diundangkan di Manna  
Pada tanggal 2012

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN BENGKULU SELATAN,

H. ZAINAL ABIDIN MERAHLI

BERITA DAERAH KABUPATEN BENGKULU SELATAN TAHUN 2012 NOMOR.....

LAMPIRAN I  
 PERATURAN BUPATI BENGKULU SELATAN  
 NOMOR : TAHUN2012  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH  
 SAKIT UMUM DAERAH HASANUDDIN  
 DAMRAH KABUPATEN BENGKULU  
 SELATAN

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI) DAN BATAS WAKTU  
 PENCAPAIAN

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR (Nilai)	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving. 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat. 3. Pemberian Pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PP GD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana. 5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat $\leq$ 5 menit. 6. Kepuasan pelanggan gawat darurat. 7. Kematian pasien $\leq$ 24 jam di gawat darurat. 8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	1. 100%. 2. 24 Jam. 3. 100%. 4. 1 Tim. 5. $\leq$ 5 Menit. 6. $\geq$ 70%. 7. $\leq$ 0.2% (2/1000) 8. 100%.	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberian pelayanan di klinik spesialis. 2. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan.	1. 100%. 2. a. Poliklinik anak. b. Poliklinik penyakit dalam. c. Poliklinik kebidanan & KB. d. Poliklinik bedah.	1 Tahun 1 Tahun



		<p>3. Jam buka pelayanan.</p> <p>4. Waktu tunggu dirawat jalan.</p> <p>5. Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat jalan.</p> <p>6. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.</p> <p>7. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosi (TB) di Rumah Sakit.</p>	<p>e. Poliklinik Umum. f. Poliklinik Gigi. g. Poliklinik Mata.</p> <p>3. Setiap hari kerja 08.00 s/d 13.00 kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00.</p> <p>4. ≤ 60 menit.</p> <p>5. ≥ 90%.</p> <p>6. ≥ 60%.</p> <p>7. ≥ 60%.</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
3.	Rawat Inap	<p>1. Pemberi pelayanan di rawat inap.</p> <p>2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap.</p> <p>3. Ketersediaan pelayanan rawat inap.</p> <p>4. Jam visite dokter spesialis.</p> <p>5. Kejadian infeksi pasca operasi.</p> <p>6. Angka kejadian infeksi</p>	<p>1. a. dokter spesialis &amp; dokter umum. b. perawat dengan pendidikan minimal D3.</p> <p>2. 100%.</p> <p>3. a. Anak. b. Penyakit Dalam. c. Bedah. d. Kebidanan. e. VK &amp; Perinatal. f. ICU.</p> <p>4. 08.00 s/d 12.00 setiap hari kerja.</p> <p>5. ≤ 1,5%.</p> <p>6. ≤ 1,5%.</p> <p>7. 100%</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>

		berakibat kecacatan/kematian.	8. $\leq 0.24\%$ . 9. $\leq 5\%$ . 10. $\geq 90\%$ .	
		8. Kematian pasien $\geq 48$ jam. 9. Kejadian pulang paksa. 10. Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat inap. 11. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB. 12. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.	11. $\geq 60\%$ . 12. $\geq 60\%$ .	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif. 2. Kejadian kematian di meja operasi. 3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi. 4. Tidak ada kejadian operasi salah orang. 5. Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi. 6. Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi. 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.	1. $\leq 2$ hari. 2. $\leq 1\%$ . 3. 100%. 4. 100%. 5. 100%. 6. 100%. 7. $\leq 6\%$ .	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
5.	Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan. 2. Pemberi pelayanan persalinan normal	1. a. Pendarahan $\leq 1\%$ b. pre-eklampsia $\leq 30\%$ . c. sepsis $\leq 0,2\%$ . 2. a. Dokter Sp OG	1 Tahun 1 Tahun

		<p>Asuhan Persalinan Normal (APN). c. Bidan.</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.</p> <p>5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr.</p> <p>6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria.</p> <p>7. Keluarga Berencana. a. Ketersediaan Pelayanan kontrsepsi mantap. b. Konseling KB Mantap (Keluarga Berencana Mantap).</p> <p>8. Kepuasan pelanggan di pelayanan persalinan</p>	<p>3. Tim PONEK yang terlatih.</p> <p>4. a. Dokter Sp.OG. b. Dokter Sp.A c. Tenaga Anastesi d. Perawat OK.</p> <p>5. 100%.</p> <p>6. <math>\leq 20\%</math>.</p> <p>7. a. 100% b. 100%</p> <p>8. <math>\geq 80\%</math></p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
6.	Pelayanan Intensif	<p>1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam.</p> <p>2. Pemberi pelayanan unit intensif.</p>	<p>1. <math>\leq 3\%</math>.</p> <p>2. a. Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 80% Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara D4.</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
7	Pelayanan	1. Waktu tunggu hasil	1. $< 60$ menit	1 Tahun

		3. Kepuasan pelanggan di pelayanan radiologi.	3. $\geq 80\%$ .	1 Tahun
8.	Pelayanan Laboratorium	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.</li> <li>2. Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.</li> <li>3. Kepuasan pelanggan di pelayanan laboratorium.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\leq 140</math> menit (manual).</li> <li>2. 100%.</li> <li>3. <math>\geq 80\%</math></li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.</li> <li>2. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik.</li> <li>3. Kepuasan pelanggan di pelayanan rehabilitasi medik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\leq 50\%</math>.</li> <li>2. 100%.</li> <li>3. <math>\geq 80\%</math>.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
10.	Pelayanan Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi.</li> <li>2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan.</li> <li>3. Tidak ada kesalahan pemberian obat.</li> <li>4. Penulisan resep sesuai formularium.</li> <li>5. Kepuasan pelanggan di pelayanan farmasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\leq 30</math> menit.</li> <li>2. <math>\leq 60</math> menit.</li> <li>3. 100%.</li> <li>4. 100%.</li> <li>5. <math>\geq 80\%</math></li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
11.	Pelayanan Gizi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.</li> <li>2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.</li> <li>3. Tidak ada kesalahan pemberian diet.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\geq 90\%</math>.</li> <li>2. <math>\leq 20\%</math>.</li> <li>3. 100%.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
12.	Pelayanan Transfusi Darah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi.</li> <li>2. Kejadian reaksi transfusi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100%.</li> <li>2. <math>\leq 0,01\%</math>.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>



17.	Pelayanan Ambulance	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah.</li> <li>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.</li> <li>3. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah oleh masyarakat yg membutuhkan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 24 jam.</li> <li>2. 100%.</li> <li>3. 100%.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
18.	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tanggap pelayan pemulasaran jenazah.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 2 jam.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p>
19.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat.</li> <li>2. Peralatan Medik (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.</li> <li>3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medik).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≥ 80%.</li> <li>2. 100%.</li> <li>3. 100%.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
20.	Pelayanan Laundry	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.</li> <li>2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100%.</li> <li>2. 100%.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tersedianya anggota tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih.</li> <li>2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri).</li> <li>3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 75%.</li> <li>2. 60%.</li> <li>3. 75%.</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>
22.	Penyediaan Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelengkapan alat.</li> <li>2. Kalibrasi alat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100%.</li> <li>2. 100%</li> </ol>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>

23.	Penyediaan Ruang	1. Kapasitas setiap jenis ruangan yang harus ada.	1. 100%.	1 Tahun
24.	Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM)	1. Kecukupan tenaga medik dan paramedik.	1. 100%.	1 Tahun
25.	Pemanfaatan Alat Diagnosa	1. Pemanfaatan Alat Laboratorium. 2. Pemanfaatan Alat Radiologi. 3. Pemanfaatan Ins. Farmasi. 4. Pemanfaatan Alat Elektromedik.	1. 100%. 2. 100%. 3. 100%. 4. 100%.	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
26.	Pemanfaatan Alat Tindakan	1. Pemanfaatan Alat Hemodialisa. 2. Pemanfaatan Ins. Bedah Sentral. 3. Pemanfaatan layanan Rawat inap RSUD Hasanuddin Damrah Manna. 4. Pemanfaatan layanan Alat rehabilitasi Medik RSUD Hasanuddin Damrah Manna.	1. 100%. 2. 100%. 3. 100%. 4. 100%.	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
27.	Profesionalisme Penanganan Penyakit.	1. Audit Medik Paripurna atas Penanganan penyakit dan Tindakan Medik.	1. Minimal 1 (satu) Lap/tahun	1 Tahun

**BUPATI BENGKULU SELATAN**

**H. RESKAN. E. AWALUDDIN**

LAMPIRAN II  
 PERATURAN BUPATI BENGKULU SELATAN  
 NOMOR :           TAHUN2012  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH  
 SAKIT UMUM DAERAH HASANUDDIN  
 DAMRAH           KABUPATEN           BENGKULU  
 SELATAN

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD HASANUDDIN DAMRAH MANNA  
 KABUPATEN BENGKULU SLATAN

1. Penyediaan Sumber Daya

1.1. Penyediaan Peralatan

1.1.1. Kelengkapan Alat Medik

Judul	Kelengkapan Peralatan di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauhmana manajemen berhasil memenuhi kelengkapan Minimum peralatan medik pada masing-masing unit pelayanan
Definisi Operasional	Kelengkapan alat medik merupakan hal yang harus dipenuhi manajemen dalam menunjang pelayanan yang lengkap kepada pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah peralatan yang ada
Denominator	Jumlah Peralatan sesuai standar
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/unit Pelayanan

1.1.2. Kelayakan Peralatan dengan Kondisi Baik

Judul	Kondisi Peralatan yang baik di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Keselamatan



Tujuan	Untuk menilai sampai sejauhmana manajemen berhasil memenuhi kelayakan peralatan medis pada masing-masing unit pelayanan.
Definisi Operasional	Kondisi peralatan yang layak merupakan syarat dapat dilaksanakannya tindakan medik secara sempurna
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah peralatan dengan kondisi baik
Denominator	Jumlah Peralatan yang ada
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

### 1.1.3. Kelayakan Peralatan Dengan Pemenuhan Kalibrasi

Judul	Pemenuhan kalibrasi Peralatan di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauhmana manajemen berhasil memenuhi kelayakan peralatan medis pada masing-masing unit pelayanan.
Definisi Operasional	Kalibrasi merupakan syarat untuk menjamin bahwa peralatan medik dapat diandalkan dalam pelaksanaan tindakan medic
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah peralatan yang mempunyai sertifikat kalibrasi
Denominator	Jumlah Peralatan yang wajib kalibrasi
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%

## 1.2. Penyediaan Ruangan

### 1.2.1. Kapasitas setiap jenis ruangan yang harus ada

Judul	Ketersediaan Ruangan Pelayanan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana Rumah Sakit berhasil memenuhi ketersediaan ruangan
Definisi Operasional	Tersedianya ruang yang memadai akan menjamin kenyamanan baik dokter, perawat maupun pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	luas(m <sup>2</sup> ) ruangan yang ada
Denominator	luas(m <sup>2</sup> ) ruangan yang seharusnya
Sumber Data	Daftar Inventaris Gedung
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

## 1.3. Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM)

### 1.3.1. Ketersediaan SDM

Judul	Ketersediaan SDM Pelayanan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana Rumah Sakit berhasil memenuhi ketersediaan tenaga Medik dan Paramedik
Definisi Operasional	Ketersediaan tenaga medik dan paramedic akan menjamin tertanganinya tindakan medik oleh tenaga yang kompeten dan professional
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah tenaga medik dan paramedik yang ada
Denominator	Jumlah tenaga medik dan paramedik sesuai standar
Sumber Data	Daftar Pegawai
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

## 2. Pemanfaatan Sumber Daya

### 2.1. Pemanfaatan Alat Diagnosis

#### 2.1.1. Pemanfaatan Alat Laboratorium

Judul	Pemanfaatan Alat Laboratorium
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas laboratorium Rumah sakit untuk tujuan Diagnosa.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Surat pengantar/rujukan laboratorium yang ditujukan ke Laboratorium RSUD-HD
Denominator	Jumlah Surat pengantar/rujukan laboratorium yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

#### 2.1.2. Pemanfaatan Alat Radiologi

Judul	Pemanfaatan Alat Radologi
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas radiologi Rumah sakit untuk tujuan Diagnosa.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan

Numerator	Jumlah Surat pengantar/rujukan radiologi yang ditujukan ke radiologi RSUD-HD
Denominator	Jumlah Surat pengantar/rujukan radiologi yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

### 2.1.3. Pemanfaatan Instalasi Farmasi

Judul	Pemanfaatan Instalasi Farmasi
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Instalasi Farmasi Rumah sakit.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah resep yang ditujukan ke Instalasi Farmasi RSUD-HD
Denominator	Jumlah resep yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

### 2.1.4. Pemanfaatan Alat Elektromedik

Judul	Pemanfaatan Alat Elektromedik
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Alat Elektromedik Rumah sakit

Operasional	merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan elektromedik yang ditujukan ke ins. elektromedik RSUD-HD
Denominator	Jumlah rujukan elektromedik yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

## 2. 2. Pemanfaatan Alat Tindakan Medik

### 2.2.1. Pemanfaatan Alat Hemodialisa

Judul	Pemanfaatan Alat Hemodialisa
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Alat Hemodialisa Rumah sakit untuk tujuan tindakan medik.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan hemodialisa yang ditujukan ke ins. hemodialisa RSUD-HD
Denominator	Jumlah rujukan hemodialisa yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

### 2.2.2. Pemanfaatan Instalasi Bedah Sentral

Judul	Pemanfaatan Instalasi. Bedah Sentral
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Instalasi. Bedah Sentral Rumah sakit untuk tujuan tindakan medik.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan bedah sentral yang ditujukan ke ins. Bedah Sentral RSUD-HD
Denominator	Jumlah rujukan bedah sentral yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

### 2.2.3. Pemanfaatan layanan RSUD-HD Rawat Inap

Judul	Pemanfaatan layanan RSUD-HD Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas layanan RSUD-HD (Rawat inap dan bedah)
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan dari Irja dan IGD ke RSUD-HD atas

Denominator	Jumlah Rujukan atas pelayanan inap yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

#### 2.2.4. Pemanfaatan Alat Rehabilitasi Medik

Judul	Pemanfaatan Alat Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Alat Rehabilitasi Medik Rumah sakit untuk tujuan tindakan medik.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan Rehabilitasi Medik yang ditujukan ke Ins. Rehabilitasi Medik RSUD-HD
Denominator	Jumlah rujukan Rehabilitasi Medik yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

### 3. Mutu Pelayanan

#### 3. 1. Pengukuran Mutu Profesionalisme Penanganan Penyakit dan Tindakan Medik

Judul	Penanganan penyakit dan Tindakan Medik
Dimensi Mutu	Profesionalisme
Tujuan	Tergambarnya Kepatuhan Rumah Sakit dalam memberikan prosedur penanganan penyakit dan tindakan

Definisi Operasional	Penanganan penyakit dan tindakan medik harus sesuai dengan Pedoman Diagnosis dan Therapy yang telah ditetapkan oleh Komite Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun sekali
Numerator	Jumlah laporan hasil audit paripurna oleh komite medik pada suatu penanganan penyakit atau tindakan medik
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	1 laporan setiap tahun
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik

### 3. 2. Pengukuran Mutu Pelayanan Instalasi dan Unit

#### 3.2.1. Pelayanan Gawat Darurat

##### 3.2.1.1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

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



### 3.2.1.2. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

### 3.2.1.3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat

Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

#### 3.2.1.4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	Satu Tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 3.2.1.5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang dismpling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dismpling ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

### 3.2.1.6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

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

### 3.2.1.7. Kematian Pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat

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

### 3.2.1.8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat

Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

### 3.2.2. Pelayanan Rawat Jalan

#### 3.2.2.1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

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

#### 3.2.2.2. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit.

Definisi Operasional	Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

### 3.2.2.3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 3.2.2.4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai tersebut dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Standar	$\leq 60$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

### 3.2.2.5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rawat Jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Rawat Jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang disurvei ( <i>minimal n=50</i> )

Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

### 3.2.2.6. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 3.2.2.7. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tubercullosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tubercullosis (TB) di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RUMah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan



Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 3.2.3. Pelayanan Rawat Inap

#### 3.2.3.1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

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, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preklampsia berat, talipusat menumbung
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

#### 3.2.3.2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

### 3.2.3.3. Ketersediaan pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus sesuai dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3.2.3.4. Jam visite dokter spesialis

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

### 3.2.3.5. Kejadian infeksi pasca oerasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerhan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

### 3.2.3.6. angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

### 3.2.3.7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3.2.3.8. Kematian pasien > 48 jam

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

### 3.2.3.9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
-------	-----------------------

Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumahsakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

### 3.2.3.10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

### 3.2.3.11. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3.2.3.12. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3.2.4. Pelayanan Bedah

#### 3.2.4.1. Waktu tunggu operasi efektif

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi efektif 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 Medis
Standar	$\leq 2$ hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

#### 3.2.4.2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas 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 sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan



Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

### 3.2.4.3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi bedah Sentral/Komite Medis

### 3.2.4.4. 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	1 bulan dan sentinel event

Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

### 3.2.4.5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian 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 sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
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 Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada
-------	--

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 sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
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 Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

### 3.2.4.7. 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 sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi

Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 6\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

### 3.2.5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

#### 3.2.5.1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, eklampsia, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <p>Tekanan darah sistolik <math>&gt; 160</math> mmHg dan diastolic <math>&gt; 110</math> mmHg</p> <p>Protein uria <math>&gt; 5</math> gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif</p> <p>Oedem tungkai</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklamsi yang disertai kejang dan penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1\%$ , pre-eklampsia $\leq 30\%$ , sepsis $\leq 0,2\%$

### 3.2.5.2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

### 3.2.5.3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan di 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

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

#### 3.2.5.4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter anestesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak , dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

#### 3.2.5.5. Kemampuan menangani BBLR 1500 - gr 2500gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

### 3.2.5.6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

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

### 3.2.5.7. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam Medik dan Laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Pelayanan Medik

### 3.2.5.8. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Laporan peserta konseling KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Pelayanan Medik

### 3.2.5.9. 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



Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denomerator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Komite Mutu/Tim Mutu

### 3.2.6. Pelayanan Intensif

#### 3.2.6.1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denomerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif selama 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 3\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

#### 3.2.6.2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten

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

### 3.2.7. Pelayanan Radiologi

#### 3.2.7.1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 3$ jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

### 3.2.7.2. 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 rontgen/hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

### 3.2.7.3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

#### 3.2.7.4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

#### 3.2.8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

##### 3.2.8.1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3.2.8.2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi 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 kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3.2.8.3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3.2.8.4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%

### 3.2.9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

#### 3.2.9.1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 50\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

#### 3.2.9.2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medi yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medic

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

### 3.2.9.3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

### 3.2.10. Pelayanan Farmasi

#### 3.2.10.1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi



Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah Pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	$\leq 30$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

### 3.2.10.2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu dimulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tungu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	$\leq 60$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

### 3.2.10.3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
-------	--

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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

#### 3.2.10.4. Penulisan resep sesuai dengan formularium

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

### 3.2.10.5. Pelayanan resep sesuai dengan formularium

Judul	Pelayanan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang tidak bisa dilayani sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

### 3.2.10.6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 3.2.11. Pelayanan Gizi

#### 3.2.11.1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 3.2.11.2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	$\leq 20\%$

### 3.2.11.3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3.2.12. Pelayanan Transfusi Darah

#### 3.2.12.1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse
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 satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%

### 3.2.12.2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sisten 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	Kepala UTD

### 3.2.13. Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin)

#### 3.2.13.1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah

Sumber Data	Register Pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

### 3.2.14. Pelayanan Rekam Medik

#### 3.2.14.1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik/Wadir Pelayanan Medik

#### 3.2.14.2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan

	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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

### 3.2.14.3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sample penyediaan rekam medis yang diamati (N



	jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata $\leq$ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

#### 3.2.14.4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis 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 Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total peyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

#### 3.2.15. Pengelolaan Limbah

##### 3.2.15.1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap



Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

### 3.2.16. Pelayanan Administrasi Manajemen

#### 3.2.16.1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

#### 3.2.16.2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan

	<p>ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.</p> <p>Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

### 3.2.16.3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, 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	Satu tahun
Periode Analisa	Satu 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

#### 3.2.16.4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu 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 pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 3.2.16.5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

### 3.2.16.6. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi jumlah pembelanjaan operasonal dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub Bag Keuangan
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

### 3.2.16.7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum

	dalam 3 bulan
Sumber Data	Sub Bag Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

### 3.2.16.8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	$\leq 2$ jam
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

### 3.2.16.9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
-------	---

	memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

### 3.2.17. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

#### 3.2.17.1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah



### 3.2.17.2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

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

### 3.2.18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

#### 3.2.18.1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

### 3.2.19. Pelayanan Laundry

#### 3.2.19.1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

#### 3.2.19.2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan

Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

### 3.2.20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

#### 3.2.20.1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kenala IPRS

### 3.2.20.2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

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

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

Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3.2.21. Pencegahan Pengendalian Infeksi

#### 3.2.21.1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

#### 3.2.21.2. Ketersediaan alat pelindung diri

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari

	sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survey
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

### 3.2.21.3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain: ILO, ILI, VAP, ISK
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia

Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI RS
---------------------------------	------------

Keterangan : ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Assosiated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

**BUPATI BENGKULU SELATAN**

**H. RESKAN. E. AWALUDDIN**