



BUPATI TULUNGAGUNG
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI TULUNGAGUNG
NOMOR 45 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CAMPURDARAT
KABUPATEN TULUNGAGUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TULUNGAGUNG,

- Menimbang : bahwa guna melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, maka perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Campurdarat Kabupaten Tulungagung dengan Peraturan Bupati;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia

67

- Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2);
 8. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
 9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
 10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1312);
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
 13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 14. Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 20 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan susunan Perangkat Daerah Kabupaten Tulungagung (Lembaran Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2016 Nomor 1 Seri D), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 7 Tahun 2021 (Lembaran Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2021 Nomor 1 Seri D);
 15. Peraturan Bupati Tulungagung Nomor 79 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Campurdarat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung (Berita Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2020 Nomor 79);

MEMUTUSKAN :

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Tulungagung.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Tulungagung.
3. Bupati adalah Bupati Tulungagung.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.
5. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Campurdarat yang selanjutnya disebut RSUD Campurdarat adalah unit organisasi bersifat khusus di bawah Dinas.
7. Direktur adalah Direktur RSUD Campurdarat.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
9. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
10. Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD RSUD Campurdarat kepada masyarakat.
11. Indikator Standar Pelayanan Minimal adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu Standard Pelayanan Minimal

tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/ atau manfaat pelayanan dasar.

12. Jenis Pelayanan adalah setiap bentuk pelayanan publik yang mutlak dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan.
13. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran BLUD RSUD Campurdarat .
14. Target adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan wajib dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan pemilik BLUD.
15. Target Tahunan adalah tolak ukur nilai presentase dan/atau nilai akumulatif secara kuantitatif maupun kualitatif yang harus dicapai sebagai ukuran kinerja pada tahun yang bersangkutan.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk memberi pedoman kepada pemerintah daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada BLUD RSUD Campurdarat.
- (2) Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB III

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 3

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini meliputi:

- a. Standar Pelayanan Minimal;
- b. Pelaksanaan; dan
- c. Pembinaan dan Pengawasan.

BAB IV
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 4

- (1) Standar Pelayanan Minimal pada BLUD RSUD Campurdarat meliputi :
 - a. Jenis Pelayanan;
 - b. Indikator;
 - c. Standar nilai;
 - d. Rencana pencapaian; dan
 - e. Penanggungjawab.
- (2) Jenis Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi :
 - a. Pelayanan Gawat Darurat
 1. Instalasi Gawat Darurat;
 2. Ambulan; dan
 3. Ruang Bersalin.
 - b. Pelayanan Rawat Jalan
 1. Instalasi Rawat Jalan
 - a) Poliklinik spesialis;
 - b) Poli Umum;
 - c) Poli Gigi; dan
 - d) *General Check Up* (GCU).
 2. Instalasi Penunjang Medik
 - a) Laboratorium;
 - b) Radiologi;
 - c) Farmasi;
 - d) Gizi;
 - e) Bank Darah Rumah Sakit; dan
 - f) *Central Sterile Supply Departement (CSSD) Laundry*.
 - c. Pelayanan Rawat Inap
 1. Instalasi Rawat Inap
 - a) ruang perawatan kelas III;
 - b) ruang perawatan kelas II;
 - c) ruang perawatan kelas I;
 - d) ruang perawatan VIP;
 - e) ruang perawatan VVIP;
 - f) Ruang Nifas; dan
 - g) Ruang perinatologi.
 2. Instalasi Bedah Sentral.

3. Instalasi Ruang Intensif
 - a) *Intensive Care Unit* (ICU);
 - b) *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU); dan
 - c) *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU).
 4. Instalasi Pemulasaraan Jenazah
 - d. Fasilitas Pendukung lainnya
 1. Instalasi Pengolahan Limbah;
 2. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR);
 3. Rekam Medik;
 4. Administrasi dan manajemen;
 5. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI); dan
 6. Pelayanan GAKIN.
- (3) Standar Pelayanan Minimal untuk jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.
- (4) Definisi operasional dan cara penghitungan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Lampiran II Peraturan Bupati ini.

BAB V PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Direktur selaku Pemimpin BLUD melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur selaku Pemimpin BLUD 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/petugas dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan didukung fasilitas yang memadai.
- (4) Direktur selaku Pemimpin BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (5) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (4), disusun dengan menggunakan format Rencana Bisnis dan Anggaran sesuai dengan peraturan dan/atau pedoman BLUD yang berlaku.

67

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

- (1) Bupati melakukan pembinaan teknis dan pembinaan keuangan terhadap pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal BLUD RSUD Campurdarat.
- (2) Dalam melaksanakan pembinaan teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Bupati dibantu oleh Kepala Dinas.
- (3) Dalam melaksanakan pembinaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Bupati dibantu oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (4) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), 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;
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - e. penyusunan peraturan perundang-undangan untuk implementasi BLUD pada RSUD Campurdarat yang bersangkutan;
 - f. penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
 - g. pelaksanaan anggaran; dan
 - h. akuntansi dan pelaporan keuangan.

Pasal 7

- (1) Bupati melakukan pengawasan pencapaian target/kinerja tahunan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati dibantu oleh perangkat daerah yang mempunyai tugas dan fungsi pengawasan.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tulungagung.

Ditetapkan di Tulungagung

Pada tanggal 3 Maret 2022

BUPATI TULUNGAGUNG, 

 MARYOTO BIROWO

Diundangkan di Tulungagung
pada tanggal 3 Maret 2022

SEKRETARIS DAERAH


Drs. SUKAJI, MSi

Pembina Utama Madya

NIP. 19640119 198508 1 003

Berita Daerah Kabupaten Tulungagung

Tahun 2022 Nomor 46

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI TULUNGAGUNG
 NOMOR : 45 TAHUN 2022
 TANGGAL : 3 MARET 2022

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BLUD RSUD CAMPURDARAT

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB	
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024		
1	Pelayanan Gawat Darurat									
	1)	Instalasi Gawat Darurat	input	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
				2	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100%	100%	100%	
				3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	

47

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
			proses	4	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	
				5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	
				6	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	
			output	7	Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	0,002	0,002	0,002	
			outcome	8	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 71 %	≥ 71 %	
	2)	ambulan / kereta jenazah	input	1	penyedia pelayanan ambulan / kereta jenazah	sopir ambulan terlatih	100%	100%	100%	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB	
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024		
				2	ketersediaan mobil ambulan / mobil jenazah	tersedia	100%	100%	100%	
			proses	3	Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
				4	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
				5	Response time pelayanan ambulan / kereta jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
	3)	ruang bersalin	input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG	100%	100%	100%	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

G1

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
						b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	100%	100%	100%	
						c. Bidan	100%	100%	100%	
				2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	100%	100%	100%	
				3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG	100%	100%	100%	
						b. Dokter Sp.Anak	100%	100%	100%	
						c. Dokter Sp.Anastesi	100%	100%	100%	
			proses	4	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
				5	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	
			output	6	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	
						b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	
						c. Sepsis ≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	
			outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
2	Pelayanan Rawat jalan									
	1)	Instalasi Rawat Jalan	input	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%	100%	100%	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
		a) Poliklinik spesialis	proses	2	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00	100%	100%	100%	

G/A

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
		b) Poli Umum				Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	100%	100%	100%	
		c) <i>General Check Up</i> (GCU)		3	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	
				4	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
				5	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	
			output	6	Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. umum terlatih	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB	
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024		
				7	Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	
				8	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≤ 60 %	≤ 60 %	≤ 60 %	≤ 60 %	
			outcome	9	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 91 %	≥ 92 %	
		d) Poli Gigi	input	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik gigi	100 % Dokter gigi	100%	100%	100%	
			proses	2	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00	100%	100%	100%	
						Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	100%	100%	100%	
				3	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
		output	4	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan	≤ 60 %	≤ 60 %	≤ 60 %	≤ 60 %	
		outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 91 %	≥ 92 %	
	2) Instalasi Penunjang Medik								
	a) Pelayanan Lab. Patologi Klinik	input	1	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Patologi Klinik	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik
		proses	2	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	
		output	3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%	100%	100%	
		outcome	4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	81%	81%	
	b) Pelayanan Radiologi	input	1	pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Radiologi	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB	
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024		
				2	ketersediaan fasilitas radiologi	sesuai klas rumah sakit	100%	100%	100%	
			proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	
				4	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	
			output	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	81%	81%	
		c) pelayanan Farmasi	input	1	pemberi pelayanan farmasi	apoteker	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik
				2	ketersediaan formularium	ada	ada	ada	ada	
			proses	3	waktu tunggu pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
				4	waktu tunggu pelayanan Racikan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
		output	5	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	
			6	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	
		outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	81%	81%	
	d) Pelayanan Gizi	input	1	pemberi pelayanan gizi	sesuai pola ketenagaan	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik
		proses	2	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	
			3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	
		output	4	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	
		outcome	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	81%	81%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
		e) Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)	input	1	tenaga penyedia pelayanan BDRS	sesuai standar BDRS	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik
			proses	2	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	
			output	3	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1. 100 % terpenuhi	100%	100%	100%	
			outcome	4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	81%	81%	
		f) <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) Laundry	input	1	ketersediaan pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) Laundry rumah sakit	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
				2	adanya fasilitas <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) Laundry rumah sakit	sesuai standar pelayanan laundry RS	100%	100%	100%	
			proses	3	Ketepatan waktu penyediaan alat dan linen untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap	100%	100%	100%	100%	
			output	4	Tidak adanya kejadian alat dan linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	
3	Pelayanan Rawat Inap									
	1)	instalasi rawat inap	input	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis	100%	100%	100%	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
						b. Perawat minimal pendidikan D3	100%	100%	100%	
			proses	2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	
				3	ketersediaan pelayanan rawat inap	a) ruang perawatan kelas III	100%	100%	100%	
						b) ruang perawatan kelas II	100%	100%	100%	
						c) ruang perawatan kelas I	100%	100%	100%	
						d) ruang perawatan VIP	100%	100%	100%	
						e) ruang perawatan VVIP	100%	100%	100%	
						f) Ruang Nifas	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB	
				TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024		
				g) Ruang perinatologi	100%	100%	100%	
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	100%	
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	
		8	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
		9	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
			output	10	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
				11	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	
				12	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	
			outcome	13	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 91 %	≥ 92 %	
	2)	Instalasi Bedah sentral	input	1	ketersediaan tim bedah	sesuai dengan klas RS	100%	100%	100%	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
				2	ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	sesuai dengan klas RS	100%	100%	100%	
			proses	3	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	
				4	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB	
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024		
				5	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	
				6	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	
				7	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	
				8	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	
			output	9	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	
			outcome	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 81 %	≥ 81 %	

6/11

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
	3)	Pelayanan Intensif	input	1	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	100%	100%	100%	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
						b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU /setara (D4)	100%	100%	100%	
				2	ketersediaan pelayanan intensif	a) <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	100%	100%	100%	
						b) <i>Neonatal Intensive Care Unit</i> (NICU)	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
						c) <i>Pediatric Intensive Care Unit</i> (PICU)	100%	100%	100%	
				3	ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	sesuai klas rumah sakit	100%	100%	100%	
			proses	4	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	
				5	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	100%	
				6	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
				7	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
			output	8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
				9	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	
			outcome	10	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 81 %	≥ 81 %	
	4)	Pemulasaraan Jenazah	input	1	ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	tersedia	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik
				2	ketersediaan fasilitas kamar jenazah	ada	100%	100%	100%	
				3	ketersediaan pemberi pelayanan kamar jenazah	ada	100%	100%	100%	
			proses	4	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	
			outcome	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
4	Fasilitas Pendukung lainnya									

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
	1)	Pengelolaan Limbah		1	adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	adanya SK Direktur sesuai kelas (permenkes no 1204 tahun 2004)	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik
				2	ketersediaan fasilitas pengolahan limbah rumah sakit	sesuai peraturan perundangan	100%	100%	100%	
			proses	3	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	
			output	4	Baku mutu limbah cair	BOD < 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	
						COD < 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	
						TSS < 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	
						PH 6-9	6-9	6-9	6-9	
	2)	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS)	input	1	adanya penanggung jawab IPSRS	sesuai pola ketenagaan	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
			proses	2	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %	80%	78%	77%	
				3	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	
			output	4	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	
	3)	Rekam Medik	input	1	pemberi pelayanan rekam medik	sesuai standar tenaga rekam medik	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik dan Non Medik
			proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	
				3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
			output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	
				5	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	
			outcome	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 81 %	≥ 81 %	
	4)	Administrasi dan manajemen	input	1	kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	Kepala Sub Bagian Tata Usaha
				2	adanya peraturan internal rumah sakit	ada	100%	100%	100%	
				3	adanya rencana strategi bisnis rumah sakit	ada	100%	100%	100%	
			proses	4	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
						TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
			5	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap (insentif) sesuai kesepakatan waktu	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	
			6	Ketepatan waktu pemberian imbalan	100%	100%	100%	100%	
			7	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	
			8	Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	
			9	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	
			10	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
		output	11	<i>Cost recovery</i>	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 41 %	
			12	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR			STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN			PENANGGUNG JAWAB
							TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024	
	5)	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	input	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	50%	50%	50%	Komite PPI
				2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60%	60%	60%	60%	
			output	3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	75%	75%	75%	
	6)	Pelayanan GAKIN			Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

BUPATI TULUNGAGUNG,



 MARYOTO BIROWO

DEFINISI OPERASIONAL DAN CARA PENGHITUNGAN STANDAR
 PELAYANAN MINIMAL BLUD RSUD CAMPURDARAT

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Instalasi Gawat Darurat

a. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> 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 membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS

6/11

Judul	Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

c. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

d. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
	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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

e. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6/10

f. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

g. 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 yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	\leq 2 perseribu

Judul	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

h. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

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

2. Ambulan / Kereta Jenazah

a. penyedia pelayanan ambulan / kereta jenazah

Judul	Penyedia Pelayanan Ambulan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulan oleh tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	Penyedia pelayanan ambulan adalah supir ambulan yang terlatih. Kriteria supir ambulan yang terlatih adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernah mengikuti Pelatihan Supir ambulan (Jika ada) 2. Memiliki legalitas dala berkenara yaitu berupa Surat Ijin Mengemudi A (SIM A) 3. Pendidikan Minimal SMA

97

Judul	Penyedia Pelayanan Ambulan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Analisa	6 Bulan
Numerator	Jumlah tenaga Supir ambulan yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah Tenaga Supir Ambulan
Sumber Data	Data Kepegawaian RSUD Campurdarat
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Pengemudi Ambulan

b. ketersediaan pelayanan ambulan / kereta jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Ambulan/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya pelayanan Ambulan/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi Operasional	pelayanan Ambulan/kereta jenazah adalah Tersedianya pelayanan Ambulan/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan Pelayanan Ambulan (dihitung dalam jam) dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah jam buka Pelayanan RSUD Campurdarat dalam waktu 1 bulan
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab Ambulan/kereta jenazah

c. Waktu pelayanan Ambulan/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan Ambulan/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan Ambulan/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan Ambulan/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan Ambulan/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan Ambulan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Penanggungjawab Ambulan/kereta jenazah

d. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulan/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulan/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan Ambulan/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulan/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan Ambulan/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya Ambulan/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan Ambulan/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan Ambulan/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan Ambulan/kereta jenazah

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulan/kereta jenazah di rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab Ambulan/kereta jenazah

e. Response time pelayanan Ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan Ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan Ambulan
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulan adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan Ambulan diajukan oleh masyarakat pada rumah sakit sampai tersedianya Ambulan. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan Ambulan yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan Ambulan dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan Ambulan
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab Ambulan

3. Ruang Bersalin

a. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan

Q/T

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
	pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

b. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Komite mutu

c. 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 spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

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

d. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

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

e. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 100%
Penanggung jawab	Komite mutu

f. 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</p> <p>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 dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmhg - Protein urine > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia, sespsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	Pendarahan < 1%, pre-eklampsia < 30%, Sepsis ≤ 0,2%

Judul	Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin

g. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Instalasi Rawat Jalan

- a. Poliklinik spesialis;
- b. Poli Umum;
- c. General Check Up (GCU); dan
- d. Poli Gigi.

1) Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

2) 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 ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4/17

3) Buka pelayanan sesuai ketentuan

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

4) Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5) Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	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	Kepala Instalasi Rawat Jalan

6) Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
	secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

7) Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

8) Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap

67

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

9) Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

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

10) Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

62

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
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>)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

11) Pemberi pelayanan poliklinik gigi

Judul	Pemberi pelayanan di klinik gigi
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga pemberi pelayanan gigi dan mulut yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik gigi adalah klinik pelayanan gigi dan mulut rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter gigi atau dokter gigi spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik gigi yang ditangani oleh dokter gigi atau dokter gigi spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik gigi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik gigi
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

12) Jam buka pelayanan Poliklinik gigi

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan poliklinik gigi pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter gigi atau dokter gigi 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 pelayanan rawat jalan poliklinik gigi yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan poliklinik gigi dalam satu bulan
Sumber Data	Register poliklinik gigi
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

13) Waktu tunggu di rawat jalan Poliklinik gigi

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan Poliklinik gigi
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan Poliklinik Gigi pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter gigi atau dokter gigi spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan Poliklinik Gigi yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan Poliklinik Gigi yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan Poliklinik Gigi

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan Poliklinik gigi
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

2. Instalasi penunjang medik

a. Pelayanan Lab. Patologi Klinik

1) 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 tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

2) 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

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
	pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

3) Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

4) Kepuasan pelanggan

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

b. Pelayanan Radiologi

1) Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
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 radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2) Ketersediaan fasilitas radiologi

Judul	Ketersediaan fasilitas radiologi
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Ketersediaan fasilitas radiologi adalah tersedianya fasilitas radiologi sesuai standar pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah sarana dan peralatan radiologi sesuai standar
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Unit radiologi
Standar	Sesuai klas rumah sakit
Penanggung jawab	Direktur pelayanan penunjang medik

3) Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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

4) 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

5) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

c. pelayanan Farmasi

1) Pemberi pelayanan farmasi

Judul	Pemberi pelayanan farmasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pelaksanaan pekerjaan kefarmasian dilaksanakan oleh tenaga kefarmasian

Judul	Pemberi pelayanan farmasi
Definisi operasional	<p>Pelaksanaan pekerjaan kefarmasian pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional</p> <p>Tenaga kefarmasian adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pekerjaan kefarmasian yang dilakukan oleh tenaga kefarmasian dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pekerjaan kefarmasian yang ditangani tenaga kefarmasian dalam satu bulan
Sumber data	Register Instalasi farmasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2) Ketersediaan formularium obat

Judul	ketersediaan formularium obat
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	ada
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3) Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4) Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

5) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

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

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

6) Penulisan resep sesuai formularium

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

7) Kepuasan Pelanggan

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

d. Pelayanan Gizi

1) Pemberi pelayanan gizi

Judul	Pemberi pelayanan gizi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan gizi oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gizi
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga nutrisionis yang memiliki kemampuan untuk melakukan kegiatan teknis fungsional di bidang pelayanan gizi, makanan dan dietetic di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga nutrisionis
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan gizi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala pelayanan penunjang medik

2) 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3) Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

4) 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

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

5) Kepuasan Pelanggan

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

e. Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)

1) ketersediaan pelayanan BDRS

Judul	Ketersediaan Pelayanan BDRS
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya pelayanan Bank Darah Rumah Sakit dalam upaya penyelamatan pasien

Judul	Ketersediaan Pelayanan BDRS
Definisi Operasional	Bank Darah Rumah Sakit adalah suatu unit pelayanan di rumah sakit yang bertanggung jawab atas tersedianya darah untuk transfusi yang aman, berkualitas dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (dihitung dalam jam) dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah jam buka Pelayanan RSUD Campurdarat dalam waktu 1 bulan
Sumber Data	Rekapan mutu harian pelayanan Bank Darah Rumah Sakit
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi BDRS

2) Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala instalasi BDRS

67

3) Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi BDRS

4) Kepuasan Pelanggan

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

f. Central Sterile Supply Departement (CSSD) Laundry

1) ketersediaan pelayanan Central Sterile Supply Departement (CSSD) dan Laundry rumah sakit

Judul	Ketersediaan Pelayanan Central Sterile Supply Departement (CSSD) dan Laundry rumah sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) dan Laundry rumah sakit dalam upaya penunjang pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) adalah unit yang berfungsi menerima, memproses, memproduksi, mensterilkan menyimpan serta mendistribusikan instrumen medis yang telah disterilkan ke berbagai ruangan di rumah sakit untuk kepentingan Dokteran dan pengobatan pasien Londri RS adalah tempat pencucian linen yang dilengkapi dengan sarana penunjangnya berupa mesin cuci, alat dan desinfektan, mesin uap (steam boiler), pengering, meja, dan mesin setrika
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan Pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) dan Laundry rumah sakit (dalam waktu hari) dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah hari buka Pelayanan RSUD Campurdarat dalam waktu 1 bulan
Sumber Data	Register <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) dan Laundry rumah sakit
Standar	Sesuai dengan hari buka pelayanan RSUD Campurdarat
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD) dan Laundry rumah sakit

2) Ketersediaan fasilitas Central Sterile Supply Departement (CSSD) Laundry rumah sakit

Judul	Ketersediaan fasilitas Central Sterile Supply Departement (CSSD) dan Laundry rumah sakit
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi

Judul	Ketersediaan fasilitas <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> dan Laundry rumah sakit
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> dan Laundry rumah sakit
Definisi operasional	<p>Ketersediaan <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> dan Laundry rumah sakit adalah tersedianya fasilitas <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> dan Laundry rumah sakit sesuai standar pelayanan.</p> <p>fasilitas <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> adalah sarana pelayanan yang digunakan dalam proses penerimaan, dekontaminasi, pengemasan, sterilisasi dan distribusi barang steril ke masing-masing unit pelayan.</p> <p>Fasilitas Laundry rumah sakit adalah sarana pelayanan yang digunakan dalam proses penerimaan, pencucian, pengeringan, penyetricaan, penyimpanan dan distribusi linen.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah sarana dan peralatan fasilitas <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> dan Laundry rumah sakit sesuai standar pelayanan.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register barang <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> dan Laundry rumah sakit
Standar	Sesuai klas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala instalasi <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> dan Laundry rumah sakit

3) 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 analisis	1 bulan

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi Central Sterile Supply Departement (CSSD) dan Laundry rumah sakit

4) Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Kepala instalasi Central Sterile Supply Departement (CSSD) dan Laundry rumah sakit

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Instalasi rawat inap

a. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)

67

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

c. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
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 disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

d. 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 sehari-hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, 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

Judul	Jam visite dokter spesialis
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

e. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

f. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

g. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	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 Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

GP

h. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

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

i. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
	ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

j. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

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

k. 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

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
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	$\leq 0,24 \%$ $\leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

l. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
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 Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

m. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

2. Bedah Sentral

a. ketersediaan tim bedah

Judul	Ketersediaan tim bedah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bedah sentral.
Definisi Operasional	Tim bedah adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas instrument sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi Bedah sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (Beban kerja)
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

Judul	Ketersediaan tim bedah
Pengumpulan data	

b. ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral.
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber Data	Inventaris Instalasi bedah sentral
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/komite medis

c. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
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 satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

d. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan 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	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

e. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

f. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

h. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

i. Kejadian kematian dimeja operasi

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

j. Kepuasan Pelanggan bedah sentral

Judul	Kepuasan Pelanggan bedah sentral
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan bedah sentral
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Judul	Kepuasan Pelanggan bedah sentral
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 10)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

3. Pelayanan Intensif

a. 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 analisis	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	Komite medik/mutu

b. etersediaan pelayanan intensif

Judul	Ketersediaan pelayanan intensif
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif yang minimal harus ada di rumah sakit a) Intensive Care Unit (ICU) b) Neonatal Intensive Care Unit (NICU) c) Pediatric Intensive Care Unit (PICU)

Judul	Ketersediaan pelayanan intensif
Definisi Operasional	Pelayanan intensif adalah unit pelayanan khusus di rumah sakit yang menyediakan pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan selama 24 jam untuk pasien yang dalam keadaan belum stabil sehingga memerlukan pemantauan ketat secara intensif dan tindakan segera.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan intensif yang ada (kualitatif)
Denominator	Jumlah pelayanan intensif
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/mutu

c. Dokter penanggung jawab pasien

Judul	Dokter penanggung jawab pasien pelayanan intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab intensif adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan intensif 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 intensif dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi intensif

d. 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 sehari-hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, 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	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

e. Kejadian infeksi pasca operasi

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

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

f. Kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap intensif yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap intensif dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

g. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap intensif 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 intensif masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap intensif > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap intensif dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

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

i. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap intensif

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap intensif
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap intensif

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap intensif
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

4. Pemulasaraan Jenazah

a. ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya Kesiagaan dan kepedulian rumah sakit untuk memberikan pelayanan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah adalah tersedianya pelayanan dalam proses dekontaminasi jenazah dan penyimpanan/meletakkan jenazah sebelum diambil keluarganya sementara.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif jenazah pasien yang dilakukan pemulasaraan yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Unit pemulasaraan jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

b. 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.

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

D. FASILITAS PENDUKUNG LAINNYA

1. Pengolahan Limbah

a. adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit

Judul	penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	terlaksananya pengelolaan limbah rumah sakit sesuai peraturan perundangan yang berlaku
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah adalah tenaga yang melaksanakan koordinasi pengelolaan limbah rumah sakit meliputi pemeriksaan sanitasi, kualitas air bersih, kualitas air limbah, kualitas udara, emisi generator serta pemantauan dan pengawasan pengelolaan limbah padat medis rumah sakit. Limbah rumah sakit adalah semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit dalam bentuk padat, cair dan gas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan pengelolaan limbah dalam satu bulan yang dikoordinasi penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh kegiatan pengelolaan limbah dalam satu bulan
Sumber Data	Register Unit IPSRS/sanitarian

Judul	penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit
Standar	sesuai pola ketenagaan
Penanggung jawab Pengumpulan data	Unit IPSRS/sanitarian

b. ketersediaan fasilitas pengolahan limbah rumah sakit

Judul	Ketersediaan fasilitas pengolahan limbah rumah sakit
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pengelolaan limbah rumah sakit
Definisi operasional	Ketersediaan fasilitas pengelolaan limbah rumah sakit adalah tersedianya fasilitas pengelolaan limbah rumah sakit sesuai standar, meliputi limbah padat infeksius dan limbah cair infeksius
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah fasilitas pengelolaan limbah rumah sesuai standar
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Unit IPSRS
Standar	sesuai peraturan perundangan
Penanggung jawab	Unit IPSRS/sanitarian

c. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
	dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

d. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : <ul style="list-style-type: none"> • BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter • COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter • PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS)

a. adanya penanggung jawab IPSRS

Judul	penanggung jawab IPSRS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	terlaksananya pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan penunjang medik
Definisi Operasional	Penanggung jawab IPSRS adalah tenaga elektromedik yang melaksanakan koordinasi teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan agar fasilitas penunjang pelayanan Kesehatan yaitu sarana, prasaran dan peralatan alat Kesehatan rumah sakit selalu berada dalam keadaan layak pakai untuk menunjang pelayanan Kesehatan kepada pelanggan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan IPSRS dalam satu bulan yang dikoordinasi penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh kegiatan IPSRS dalam satu bulan
Sumber Data	Unit IPSRS
Standar	sesuai pola ketenagaan
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS

b. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

67

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

c. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Kepala IPRS

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Pelayanan Rekam Medik

a. pemberi pelayanan rekam medik

Judul	Pemberi pelayanan rekam medik
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rekam medik dan pemantauan mutu rekam medikdi seluruh unit pelayanan untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Pemberi pelayanan rekam medis adalah seorang yang telah lulus Pendidikan rekam medis dan informasi Kesehatan sesuai ketentuan perundangan yang berlaku.</p> <p>Rekam medik adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, Tindakan medis untuk rawat jalan dan rawat inap</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang dikelola oleh pemberi pelayanan rekam medis
Denominator	Jumlah rekam medis rawat jalan dan rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Unit Rekam medik
Standar	100%

Judul	Pemberi pelayanan rekam medik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

b. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

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

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

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

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

d. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

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

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

e. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

f. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rekam medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

4. Administrasi dan manajemen

a. kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi

Judul	kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pola jabatan dalam struktur organisasi rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak seorang pegawai dalam rangka suatu satuan organisasi. Struktur organisasi adalah sebuah garis hierarki atau bertingkat yang mendeskripsikan komponen-komponen yang menyusun perusahaan, di mana setiap individu atau SDM yang berada pada lingkup perusahaan tersebut memiliki posisi dan fungsinya masing-masing.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah jabatan dalam struktur organisasi rumah sakit yang terisi
Denominator	Jumlah total jabatan dalam struktur organisasi rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

GA

b. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

c. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	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

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

d. Ketepatan waktu pemberian imbalan

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

e. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

f. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	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 bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

g. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

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

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
	satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

h. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

i. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Judul	Cost recovery
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

j. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 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	Direktur

5. Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)

a. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

b. Koordinasi APD

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

c. 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 di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : *Ventilator Associated Pneumonie*

ISK : Infeksi Saluran Kemih

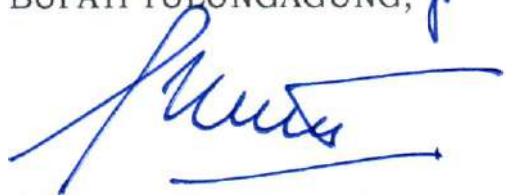
6. Pelayanan Gakin

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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam

60

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
	satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

BUPATI TULUNGAGUNG,  MARYOTO BIROWO