



WALIKOTA BUKITTINGGI  
PROVINSI SUMATERA BARAT

PERATURAN WALIKOTA BUKITTINGGI  
NOMOR 3 TAHUN 2021

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BUKITTINGGI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BUKITTINGGI,

- Menimbang : a. bahwa terlaksananya pelayanan kesehatan yang optimal dan memadai akan menunjang terwujudnya kesejahteraan umum dan pemenuhan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
- b. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi sebagai sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, standar pelayanan minimal diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar

Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kota Besar dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 20);
2. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178)
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 1213);
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BUKITTINGGI.

BAB I  
KETENTUAN UMUM  
Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Bukittinggi.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Bukittinggi.
3. Walikota adalah Walikota Bukittinggi.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat dengan RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi.
5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut Direktur RSUD adalah Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi yang diangkat oleh Walikota Bukittinggi dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
8. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
9. Hari adalah hari kerja.
10. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

Pasal 2

Peraturan Walikota ini dimaksudkan sebagai pedoman dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM di RSUD.

### Pasal 3

Peraturan Walikota ini bertujuan untuk:

- a. menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan;
- b. kepastian hukum dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat; dan
- c. meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan RSUD.

### Pasal 4

SPM RSUD ditetapkan dan diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, keseimbangan, keterukuran dan ketepatan sasaran.

### Pasal 5

SPM RSUD Fungsi :

- a. menjamin tercapainya akses dan mutu pelayanan dasar serta kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai sebagai penyedia pelayanan RSUD;
- b. tolak ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan berkaitan dengan pelayanan RSUD;
- c. dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan RSUD kepada masyarakat berbasis anggaran kinerja; dan
- d. alat monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan pelayanan pada RSUD oleh Pemerintah Daerah.

## BAB II

### JENIS PELAYANAN, MUTU PELAYANAN, DAN PENERIMA

#### PELAYANAN

#### Bagian Kesatu

#### Jenis Pelayanan

### Pasal 6

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang

dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan serta upaya rujukan.

(2) Jenis pelayanan untuk RSUD meliputi :

- a Pelayanan Gawat Darurat;
- b Pelayanan Rawat Jalan;
- c Pelayanan Rawat Inap;
- d Pelayanan bedah;
- e Pelayanan Persalinan dan perinatologi;
- f Pelayanan Intensif;
- g Pelayanan Radiologi;
- h Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
- i Pelayanan rehabilitasi medik
- j Pelayanan Farmasi;
- k Pelayanan Gizi;
- l Pelayanan Transfusi Darah;
- m Pelayanan Keluarga Miskin;
- n Pelayanan Rekam Medik;
- o Pelayanan limbah
- p Pelayanan administrasi manajemen;
- q Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah
- r Pelayanan Pemulasaran Jenazah
- s Pelayanan Laundry
- t Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
- u Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;

(3) SPM untuk setiap jenis pelayanan sebagaimana dimaksud ayat (2) tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

## Bagian Kedua

### Mutu Pelayanan

#### Pasal 7

Mutu pelayanan RSUD ditetapkan dalam standar teknis yang sekurang-kurangnya memuat:

- a. standar jumlah dan kualitas pelayanan;
- b. standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan; dan
- c. petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

Bagian Ketiga  
Penerima Pelayanan  
Pasal 8

Penerima pelayanan RSUD untuk setiap jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) yaitu Semua Warga Negara

BAB III  
PELAKSANAAN  
Pasal 9

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan SPM RSUD.

Pasal 10

- (1) Direktur RSUD menyusun Rencana bisnis anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB IV  
PELAPORAN  
Pasal 11

- (1) Direktur RSUD menyampaikan laporan teknis kinerja penerapan dan pencapaian SPM kepada Walikota.
- (2) Laporan teknis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Laporan Tahunan dan Laporan Semester.

BAB VI  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 12

- (1) Berdasarkan laporan teknis kinerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 Walikota melakukan pembinaan dan pengawasan teknis penerapan dan pencapaian SPM.
- (2) Pembinaan oleh Walikota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintah dibidang kesehatan.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa fasilitasi, pemberian sosialisasi, supervisi, bimbingan teknis dan asistensi yang mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.
- (4) Kegiatan sosialisasi, supervisi, bimbingan teknis dan asistensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempertimbangkan kemampuan kelembagaan, personal dan keuangan Pemerintah Daerah.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 13

- (1) Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM RSUD.
- (2) Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD sesuai SPM yang ditetapkan.

#### Pasal 14

- (1) Pengawasan operasional SPM RSUD dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur RSUD.

#### Pasal 15

- (1) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 14 ayat (1) bersama-sama dengan pengawasan dari Dinas menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

#### Pasal 16

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat, pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 12, Pasal 13, Pasal 14 dan Pasal 15 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organisasi yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan keuangan.

#### Pasal 17

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 sampai dengan Pasal 16, dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

BAB VI  
KETENTUAN PENUTUP  
Pasal 18

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bukittinggi.

Ditetapkan di Bukittinggi  
pada tanggal 2 Februari 2021

WALIKOTA BUKITTINGGI,

dto

M. RAMLAN NURMATIAS

Diundangkan di Bukittinggi  
pada tanggal 2 Februari 2021

SEKRETARIS DAERAH KOTA BUKITTINGGI

dto

YUEN KARNOVA

BERITA DAERAH KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2021 NOMOR 3



NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.	RAWAT JALAN	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	60%	70%	80%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			2	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% dokter spesialis	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		proses	3	Jam buka pelayanan	100% (08.00s/d 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00 diseluruh rawat jalan)	60%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			4	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤60 menit	90%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu
			5	Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis.	100%	0%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	0%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan
			7	Ketersedian Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	0%	50%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		ouput	8	Peresepan obat Sesuai Formularium	100%	85%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			9	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥60%	0%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	60%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025			
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	
3	RAWAT INAP	input	1	Ketersediaan Pelayanan	Sesuai jenis dan kelas RS	40%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
			2	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	80%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
			3	Tempat tidur dengan pengaman	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			4	Kamar mandi dengan pengamanan pegangan tangan	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
		proses	5	Dokter Penanggung Jawab pasien rawat inap	100%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
			6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap/Komite Medik/ Panitia Mutu
			7	Kejadian Infeksi Pasca operasi	≤1,5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua Komite Medik/komite mutu/tim mutu
			8	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua Komite Medik/komite mutu/tim mutu
			9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
			10	Pasien rawat inap yang tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
			11	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥60%	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
		out put	12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤5%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua komite mutu/tim mutu
			13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤0,24%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua komite mutu/tim mutu
		outcome	14	Kepuasan pasien	≥90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025		
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
4.	Pelayanan Bedah	input	1	Ketersediaan tim operator	sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	sesuai dengan kelas RS	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Bedah
		proses	3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	sesuai dengan kelas RS	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah
			4	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	Kepala Instalasi Bedah
			5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			9	Komplikasi anestesi karena overdosis/reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	4%	4%	3%	3%	2%	2%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		output	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		outcome	11	Kepuasan pelanggan	≥80 %	0%	65%	75%	80%	80%	85%	Ketua komite mutu/tim mutu

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025			
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	
5.	Persalinan dan perinatologi	input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	DrSPOG/Dokter umum/Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan	
			2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Ponek Terlatih	0%	57%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan	
			3	Pemberi pelayanan dengan tindakan operasi	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan	
			4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500gr)	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu	
			5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu	
		proses	6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan	≤20%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu
			7	Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu
			8	Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu
		output	9	Kematian ibu karena persalinan	perdarahan ≤ 1%, Pre Eklampsia ≤30% dan Sepsis ≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	komite medik
		out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
6.	Pelayanan Intensif	input	1	Pemberi pelayanan	sesuai kelas RS dan Standar ICU	30%	60%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ICU	sesuai kelas RS dan Standar ICU	50%	60%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
			3	Ketersediaan Tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	sesuai kelas RS dan Standar ICU	75%	75%	75%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
		proses	4	kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
			5	Kejadian infeksi nosokomial	< 21 %	-	-	-	-	-	-	Kepala Instalasi ICU
		output	6	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	komite medik/komite mutu
		outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥70%	-	60%	65%	70%	70%	75%	Ketua komite mutu/tim mutu
7	Pelayanan radiologi	input	1	Pemberi pelayanan radiologi	dokter spesialis radiologi, radiografer	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
			2	Ketersedian fasilitas dan peralatan radiologi	sesuai kelas rumah sakit	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
		proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	-	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	Kepala Instalasi radiologi
			4	Kerusakan foto	≤ 2%	-	2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	Kepala Instalasi radiologi
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
		out put	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	dokter sp.radiologi	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	-	80%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim Mutu/Humas

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
7	Pelayanan radiologi	input	1	Pemberi pelayanan radiologi	dokter spesialis radiologi, radiograper	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
			2	Ketersedian fasilitas dan peralatan radiologi	sesuai kelas rumah sakit	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
		proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	-	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	Kepala Instalasi radiologi
			4	Kerusakan foto	≤ 2%	-	2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	Kepala Instalasi radiologi
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
		out put	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	dokter sp.radiologi	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	-	80%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim Mutu/Humas

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8.	Pelayanan patologi klinik	input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	sesuai kelas rumah sakit	60%	70%	80%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			2	Fasilitas dan peralatan	sesuai kelas rumah sakit	60%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 Menit	≤ 120 Menit	≤ 120 Menit	≤ 60 Menit	≤ 60 Menit	≤ 60 Menit	Kepala Instalasi Laboratorium
			4	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	Tidak ada 100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			5	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	10%	80%	90%	100%	100%	Komite medik/komite mutu
			6	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	60%	80%	90%	100%	100%	komite medik/komite mutu
		output	7	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi	dokter Spesialis Patologi klnik	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			8	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			9	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		outcome	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	input	1	Pemberi Pelayanan rehabilitasi Medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	50%	50%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
			2	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	40%	50%	60%	75%	85%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
		proses	3	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
		out put	4	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤50%	30%	30%	30%	30%	25%	25%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
		out come	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	70%	70%	70%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medic
10.	Pelayanan Farmasi	input	1	Pemberi pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit RSUD dr.Sadikin Kota Pariaman	60%	70%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit RSUD dr. Sadikin Kota Pariaman	50%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
			3	Ketersediaan formularium	Ketersediaan dan updated paling lama 3 tahun	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi farmasi
		proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	Kepala Instalasi farmasi
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	Kepala Instalasi farmasi
		out put	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	77,52%	80%	80%	80%	85%	100%	Kepala Instalasi farmasi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025		
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
10.	Pelayanan Farmasi	input	1	Pemberi pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit RSUD dr.Sadikin Kota Pariaman	60%	70%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit RSUD dr. Sadikin Kota Pariaman	50%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
			3	Ketersediaan formularium	Ketersediaan dan updated paling lama 3 tahun	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi farmasi
		proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	Kepala Instalasi farmasi
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	Kepala Instalasi farmasi
		out put	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	77,52%	80%	80%	80%	85%	100%	Kepala Instalasi farmasi
		11	Pelayanan Gizi	input	1	ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	100%
	2				Tidak adanya kesalahan pemberian Diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Ins.Ranap
	output			3	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20%	≤ 70%	≤ 20%	≤70%	≤ 70%	85%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025		
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
12.	Pelayanan Tranfusi Darah	input	1	Tenaga Penyedia pelayanan Bank darah rumah sakit	Sesuai Standar BDRS	-	-	-	-	-	-	Kepala Instalasi Laboratorium
			2	Ketersedian fasilitas dan peralatan Bank darah rumah sakit	Sesuai Standar BDRS	-	-	-	-	-	-	standar alat Bank Darah/Penangguang jawab darah
		proses	3	Kejadian reaksi transfusi	≤0,01%	-	-	-	-	-	-	Penanggung Jawab Bank Darah
		output	4	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	-	-	-	-	-	-	Penanggung Jawab Bank Darah
		outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥80%	-	-	-	-	-	-	Penanggung Jawab Bank Darah
13.	pelayanan pasien keluarga miskin	input	1	Ketersedian pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Direktur Rumah sakit
			2	Ada kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah sakit
		proses	3	Waktu tunggu verifikasi kepersertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	20 menit	20 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	Kepala instalasi Rawat jalan/komite mutu/tim mutu
			4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rawat jalan/komite mutu/tim mutu
		output	5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit
		outcome	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	60%	65%	70%	75%	80%	panitia mutu

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025		
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
14.	Pelayanan Rekam Medik	Input	1	Pemberi pelayanan rekam medik	sesuai persyaratan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
		Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit	10 menit	9 menit	9 menit	8 menit	8 menit	8 menit	kepala Instalasi rekam medik
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	15 menit	14 menit	14 menit	12 menit	10 menit	10 menit	kepala Instalasi rekam medik
		out put	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	50%	65%	75%	85%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
			5	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
		out come	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	60%	65%	70%	75%	80%	panitia mutu
15.	Pengelolaan Limbah	Input	1	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	adanya SK direktur sesuai kelas rumah sakit(Permenkes NO 1204 thn 2004)							SK penanggung jawab pengelola limbah
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit baik padat maupun cair	sesuai peraturan perundang-undangan	Tidak ada	BLH	BLH	BLH	BLH	BLH	Kepala instalasi/unit pengolahan limbah rumah sakit
		proses	3	Pengelolaan limbah cair	sesuai peraturan perundangan	Ke Septik Tank	IPAL	IPAL	IPAL	IPAL	IPAL	kepala instalasi/unit pengolahan limbah rumah sakit
			4	Pengelolaan limbah padat	sesuai peraturan perundangan	Jasa Transporter	Jasa Transporter	Jasa Transporter	Jasa Transporter	Jasa transporter	Jasa Transporter	kepala instalasi/unit pengolahan limbah rumah sakit
		out put	5	Baku mutu limbah cair	BOD<30mg/l,	Tidak ada Diperiksa						kepala instalasi/unit pengolahan limbah rumah sakit
					COD < 80 mg/l							
					TSS<30mg/l							
					PH 6-9							

[illegible]

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
17.	Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan ambulans dan mobil Jenazah	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 jam	24 Jam	24 Jam	Kepala IGD
			2	Penyediaan pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah	Sopir Ambulans terlatih	Sopir Ambulans terlatih	Sopir Ambulans terlatih	Sopir Ambulans erlatih	Sopir Ambulans terlatih	Sopir Ambulans terlatih	Sopir Ambulans terlatih	Kepala Bidang Umum
			3	Ketersediaan Mobil Ambulans dan Mobil Jenazah	Mobil ambulan dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulan	Mobil ambulan dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulanda n mobil jenazah terpisah	Mobil ambulan dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulan dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulandan mobil jenazah terpisah	Kepala IGD
		Proses	4	Kecepatan Memberikan Layanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit							Penanggung jawab ambulans
			5	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit							penanggung jawab ambulans
		Out Put	6	Tidak terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%							Kepala bidang Umum
		Out Come	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %							panitia mutu

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2017	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
18	Perawatan Jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah	24 Jam	Belum ada	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Kamar Jenazah	sesuai kelas Rumah Sakit	sesuai kelas Rumah Sakit	sesuai kelas Rumah Sakit	sesuai kelas Rumah Sakit	sesuai kelas Rumah Sakit	sesuai kelas Rumah Sakit	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			3	Ketersediaan tenaga di Instalasi Perawatan jenazah	Ada SK Direktur						Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
		Proses	4	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	≤15 menit setelah dikamar Jenazah						Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			5	Perawatan Jenazah Sesuai Standar <i>Universal Precaution</i>	100%						Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			6	Tidak terjadinya Kesalahan Indentifikasi Jenazah	100%						Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %						Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
19.	Pelayanan Laundry	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Laundry	Tersedia						kepala instalasi Laundry
			2	Adanya penanggung Jawab Pelayanan Laundry	Ada SK Direktur						kepala instalasi Laundry
			3	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry	Tersedia						kepala instalasi Laundry
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang Pelayanan	100%						Kepala instalasi laundry
			5	Ketepatan Pengelolahan linen infeksius	100%						Kepala instalasi laundry
		Out Put	6	Ketersediaan Linen	2,5 - 3 Set x Jumlah tempat tidur						Kepala instalasi laundry
			7	Ketersediaan Linen Steril untuk kamar Operasi	100%						Kepala instalasi laundry

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
20.	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1	Adanya Penanggung Jawab pemeliharaan sarana Rumah Sakit	SK Direktur	SK Direktur					kepala instalasi/Unit Pemeliharaan sarana
			2	Ketersediaan bengkel Kerja	Tersedia	Belum tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	kepala instalasi/Unit Pemeliharaan sarana
		Proses	3	Waktu tanggap Kerusakan alat	≥ 80 %	< 80 %					Kepala IPSRS
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%						Kepala IPSRS
			5	Ketepatan waktu Kalibrasi Alat	100%						kepala IPSRS
		Out Put	6	Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%						Kepala IPSRS
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1	Tersedianya Anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih ≥ 75 %						Ketua Tim PPI
			2	Ketersediaan APD di setiap Instalasi / Departemen	≥ 60 %						Ketua Tim PPI
			3	Rencana Program PPI	Ada						Ketua Tim PPI
		Proses	4	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%						Ketua Tim PPI
			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%						Ketua Tim PPI
		Out Put	6	Pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial + di Rumah Sakit	≥ 75 %						Ketua Tim PPI

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL 2020	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2021	2022	2023	2024	2025	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
22.	Pelayanan Keamanan	Input	1 Petugas Keamanan bersertifikat	100%							kepala bagian umum
			2 Sistem pengamanan	Ada							bagian umum
		Proses	3 Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling Rumah sakit	Setiap jam							bagian umum
			4 Evaluasi Terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan							bagian umum
		Out Put	5 Tidak adanya barang milik pasien, karyawan yang hilang	100%							bagian umum
		Out Come	6 Kepuasan Pasien	≥ 90 %							bagian umum

WALIKOTA BUKITTINGGI,

dto

M. RAMLAN NURMATIAS

LAMPIRAN II :     PERATURAN WALIKOTA BUKITTINGGI

NOMOR       : 3 TAHUN 2021

TENTANG     : STANDAR PELAYANAN MINIMAL

RUMAH SAKIT UMUM KOTA

BUKITTINGGI

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1.Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi	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

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan

Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS</b>
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
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 daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

**4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana**

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
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

**5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat**

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
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. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
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 survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survei
Standar	≥70%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

**7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat**

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

**8. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)**

Judul	<b>Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

9. 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

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

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

**2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan**

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
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

**3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa**

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
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 a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. 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 dalamsatu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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

**7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

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

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan 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

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, 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

**3. Ketersediaan pelayanan rawat inap**

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
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 baringdi 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

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi 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

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	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	≤1,5%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap 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	≤1,5%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

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

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

---

**8. Kematian Pasien > 48 Jam**

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

**9. Kejadian pulang paksa**

Judul	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa 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

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian 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

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	<b>Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis 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 tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis 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

**12. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa**

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal <ul style="list-style-type: none"> <li>a. NAPZA</li> <li>b. Gangguan Psikotik</li> <li>c. Gangguan Neurotik</li> <li>d. Gangguan Organik</li> </ul>
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

**13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri**

Judul	<b>Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

**14. Kejadian (*re-admision*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan**

Judul	<b>Kejadian (<i>re-admision</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawtan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien

Definisi	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada
Operasional	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	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

### 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi	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
Operasional	
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

**4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

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

**5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
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

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana

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

**7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube**

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

**V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)**

**1. Kejadian kematian ibu karena persalinan**

Judul	<b>Kejadian kematian ibu karena persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan 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"><li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt;110 mmHg</li><li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</li><li>- Oedem tungkai</li></ul> <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> <p>Partus lama adalah.....</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik

**2. Pemberi pelayanan persalinan normal**

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

### 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</b>
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

### 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</b>
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

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

**5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr**

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

**6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**

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

**7.a. Keluarga Berencana**

Judul	<b>Keluarga Berencana Mantap</b>
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

**7.b. Konseling KB Mantap**

Judul	<b>Keluarga Berencana Mantap</b>
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
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

**8. Kepuasan Pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

**VI. PELAYANAN INTENSIF**

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

Judul	<b>Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam</b>
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

**2. Pemberi pelayanan unit intensif**

Judul	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
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

**VII. RADIOLOGI**

**1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto**

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</b>
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

**2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan**

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan</b>
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
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 nya 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 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

**3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

Judul	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
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

**4. Kepuasan pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
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 minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang 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

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

**3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium**

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium</b>
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 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	<b>Kepuasan pelanggan</b>
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

**IX. REHABILITASI MEDIK**

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

Judul	<b>Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

**2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
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 Rehabilitas Medik

X. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
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

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
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

**2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat**

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

**3. Kepuasan Pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
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

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>
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

XI. Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
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

---

**2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

Judul	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

**3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet**

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</b>
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 disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

**XII. TRANSFUSI DARAH**

**1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi**

Judul	<b>Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>
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	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

**2. Kejadian reaksi transfusi**

Judul	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>
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 UTD

**XIII. PELAYANAN GAKIN**

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

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
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 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

**XIV. REKAM MEDIK**

**1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan**

Judul	<b>Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</b>
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 diputuskan untuk pulang, yang meliputi inap 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
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

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

Judul	<b>Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi	1 bulan

pengumpulan data	
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

**3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan**

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</b>
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

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
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

XV. Pengolahan Limbah

1. Baku mutu limbah cair

Judul	<b>Baku mutu limbah cair</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	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. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan**

Judul	<b>Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
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

**XVI. Administrasi dan Manajemen**

**1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi**

Judul	<b>Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</b>
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	1 bulan

data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

**2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja**

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
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 dan indikator-indikator kinerja yang rumah sakit 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 yang lengkap dan dilakukan minimal 3 kinerja bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

**3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat**

Judul	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</b>
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%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

**4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala**

Judul	<b>Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala</b>
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

**5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun**

Judul	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</b>
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	Satu tahun

data	
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

**6. Cost Recovery**

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

**7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
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

**8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap**

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

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

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</b>
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

**XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH**

**1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah**

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

**2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit**

Judul	<b>Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

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

Judul	<b>Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan</b>
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

**XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH**

**1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah**

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

**XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT**

**1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**

Judul	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>
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
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

**2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

Judul	<b>Ketepatan waktu pemeliharaan alat</b>
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

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

Judul	<b>Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat</b>
-------	---

	<b>waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.</b>
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
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

**XX. PELAYANAN LAUNDRY**

**1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian linen yang hilang</b>
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
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

**2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap**

Judul	<b>Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</b>
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 Laundry

**XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI**

**1. Tim PPI**

Judul	<b>Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih</b>
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

**2. Koordinasi APD**

Judul	<b>Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)</b>
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
------------------	---------

**3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit**

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit</b>
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**

**MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS  
(TB) DI RS**

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

**A. RAWAT JALAN**

**1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)**

<b>Judul</b>	<b>Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
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

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

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS</b>
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

## B. RAWAT INAP

### 1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	<b>Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
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

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

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode 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 Jalan

WALIKOTA BUKITTINGGI,

dto

M. RAMLAN NURMATIAS