

BUPATI BALANGAN

PERATURAN BUPATI BALANGAN NOMOR 20 TAHUN 2010

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALANGAN

BUPATI BALANGAN,

- Menimbang : a. bahwa untuk menentukan tolak ukur kinerja pelayanan dan menjamin akses masyarakat mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Balangan;
- b. bahwa akuntabilitas kinerja pelayanan dapat ditunjukkan dengan adanya jenis pelayanan dasar, indikator-indikator dan nilai pencapaian kinerja yang ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Daerah Balangan.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3890);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Tanah Bumbu dan Kabupaten Balangan di Provinsi Kalimantan Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 22, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4265);
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);

4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kota/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);

12. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 57 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penataan Organisasi Perangkat Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Badan Layanan Umum Daerah;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
17. Keputusan Menteri Kesehatan : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
18. Peraturan Daerah Kabupaten Balangan Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten Balangan (Lembaran Daerah Kabupaten Balangan Tahun 2008 Nomor 02, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Balangan Nomor 43);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Balangan Nomor 3 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Balangan (Lembaran Daerah Kabupaten Balangan Tahun 2009 Nomor 03, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Balangan Nomor 44);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Balangan Nomor 8 Tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Balangan (Lembaran Daerah Kabupaten Balangan Tahun 2009 Nomor 08, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Balangan Nomor 53).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BALANGAN**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Balangan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Bupati adalah Bupati Balangan.
4. DPRD adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Balangan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Balangan yang selanjutnya disebut RSUD Balangan merupakan lembaga teknis daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Daerah Kabupaten Balangan
7. Pelayanan rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Balangan kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen;
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 2

- (1) RSUD Balangan Kabupaten Balangan menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM);
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam pelayanan rumah sakit meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan nilai Pelayanan Medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen sebagaimana Lampiran I dan II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 3

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) diberlakukan dan dilaksanakan melalui penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang disusun oleh RSUD Balangan Kabupaten Balangan.

BAB III PENGORGANISASIAN

Pasal 4

- (1) Direktur RSUD Balangan bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Balangan sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua lini melalui penerapan Standar Pelayanan rumah Sakit di bawah koordinasi instalasi-instalasi dan Komite Medis di RSUD Balangan.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) SPM RSUD Balangan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian nilai masing-masing jenis pelayanan pada RSUD Balangan.
- (2) RSUD Balangan dalam waktu paling lambat 1 tahun harus menyusun rencana pencapaian SPM.
- (3) Sumber pembiayaan SPM RSUD Balangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Balangan (RSUD Balangan).

BAB V PEMBINAAN DAN FASILITASI

Pasal 6

- (1) Pembinaan dan fasilitasi penyelenggaraan SPM pada RSUD Balangan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintahan Propinsi dan Pemerintahan Kabupaten.
- (2) Pembinaan dan fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan, meliputi :
 - a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian nilai;
 - c. Penilaian pengukuran kinerja;
 - d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

BAB VI PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

Pasal 7

- (1) Direktur RSUD Balangan melakukan pengendalian dalam penyelenggaraan pelayanan SPM di RSUD Balangan.
- (2) Pelaksanaan pengendalian sebagaimana dimaksud ayat (1) Direktur RSUD Balangan harus menyampaikan laporan kepada Bupati mengenai pencapaian kinerja pelayanan RSUD Balangan sesuai dengan SPM.

Pasal 8

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan dan evaluasi penyelenggaraan SPM pada RSUD Balangan.
- (2) Hasil evaluasi sebagaimana dimaksud ayat (1) disampaikan kepada DPRD Kabupaten Balangan.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Paringin
pada tanggal 7 Juni 2010

BUPATI BALANGAN,

H. SEFEK EFFENDIE

Diundangkan di Paringin
pada tanggal 7 Juni 2010

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BALANGAN,**

H. M. RIDUAN DARLAN

BERITA DAERAH KABUPATEN BALANGAN TAHUN 2010 NOMOR 20

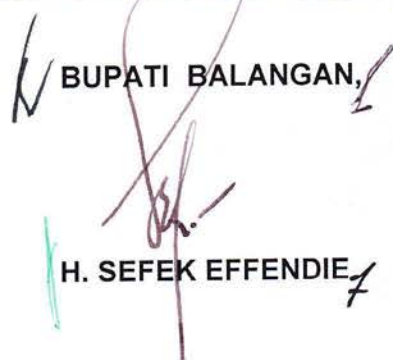
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN,
 INDIKATOR DAN STANDAR**

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani Life Saving di Gawat Darurat	100 %	2 tahun
		Jam Buka pelayanan Gawat darurat 24 jam	100 %	1 tahun
		Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/PPDG/GELS/ALS) untuk dokter umum	100 %	2 tahun
		Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/PPDG/GELS/ALS) untuk Perawat	100 %	5 tahun
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana	3 Tim	5 tahun
		Waktu tanggap pelayanan Perawat Gawat Darurat	≤ 3 menit	2 tahun
		Waktu tanggap pelayanan Dokter Gawat Darurat	≤ 5 menit	2 tahun
		Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70 %	2 tahun
		Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat	≤ 2 %	3 tahun
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	1 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	Dokter spesialis	1 tahun
		Ketersediaan pelayanan sesuai dengan rumah sakit kelas D	Klinik : anak, kebidanan, penyakit dalam dan bedah	1 tahun
		Buka pelayanan sesuai dengan ketentuan	Senin – Kamis : 08.00 – 13.00 Jumat – Sabtu : 08.00 – 11.00	1 tahun
		Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 menit	4 tahun
		Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 90 %	3 tahun
		Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan DOTS	100 %	3 tahun
		Kegiatan penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis	≥ 60 %	3 tahun
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60 %	2 tahun

1	2	3	4	5
3	Pelayanan Rawat inap	Pemberi pelayanan di rawat inap	a. Dokter spesialis b. Perawat (minimal Pend. D3)	4 tahun
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	1 tahun
		Keterseidaan pelayanan rawat inap sesuai dengan kelas D	Pelayanan spesialis : anak,kebidanan, penyakit dalam dan bedah.	1 tahun
		Jam visite dokter spesialis	08.00 – 14.00 Setiap hari kerja	1 tahun
		Angka kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1.5 \%$	2 tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 %	2 tahun
		Kematian pasein > 48 jam	$< 0.25 \%$	5 tahun
		Kejadian pulang paska	$\leq 5\%$	4 tahun
		Kepuasan pelanggan rawat inap	$\geq 90 \%$	4 tahun
		Pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani dengan DOTS	100 %	3 tahun
		Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis	$\geq 60 \%$	2 tahun
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	$\geq 60 \%$	2 tahun
4	Pelayanan Pasein Miskin	Pelayanan terhadap pasein GAKIN (Pemegang Kartu JAMKESMAS/ JAMKESDA) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	1 tahun
5	Pelayanan persalinan, KIA,Perinatologi dan KB	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan $\leq 1 \%$ preeklamsi $\leq 30 \%$ Sepsis $\leq 0.2 \%$	4 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter SpOG; dokter umum terlatih; bidan	2 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	2 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dokter SpOG; dokter SpA dokter SpAn	2 tahun
		Kemampuan menangani BBLR (1500 g – 2500 g)	100 %	4 tahun
		- Pelayanan KB mantap - Konseling KB mantap	Dr. SpOG Bidan terlatih	2 tahun 2 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2 tahun
6	Administrasi dan manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	3 tahun
		Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	100 %	2 tahun
		Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	3 tahun
		Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	2 tahun
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	$\geq 50 \%$	5 tahun
		Cost recovery	$\geq 80 \%$	1 tahun
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	2 tahun

1	2	3	4	5
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	3 tahun
		Kecepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	2 tahun
		Kecepatan waktu pemberian Surat Keterangan Kesehatan/ KIR baik Keterangan Sehat maupun Sakit	≤ 1 jam	3 tahun
		Kecepatan waktu pemberian Surat Keterangan Kesehatan/ KIR khusus	24 jam	3 tahun
7	Pelayanan Rekam medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	5 tahun
		Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	2 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Rerata ≤ 10 menit	2 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Rerata ≤ 15 menit	2 tahun
8	Pelayanan Farmasi	Waktu tunggu pelayanan : - Resep obat jadi - Resep obat racikan	≤ 30 Menit ≥ 60 menit	3 tahun 2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	3 tahun
		Penulisan resep sesuai formularium	≤ 95 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	≤ 80 %	3 tahun
9	Pelayanan Radiologi	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Radiologi	≤ 3 jam	3 tahun
		Pelaksana ekspertesi Hasil Pemeriksaan Rontgen	Dokter Sp. Red	3 tahun
		Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen, Kerusakan poto	≤ 2 %	5 tahun
		Kepuasan pelanggan	≤ 80 %	3 tahun
10	Rehabilitasi Medik	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik	100 %	2 tahun
		Kejadian <i>Droup Out</i> Pasien terhadap pelayanan	≤ 50 %	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
11	Pelayanan gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	4 tahun
		Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 95 %	1 tahun
		Jumlah permintaan makanan yang terlayani	100 %	3 tahun
		Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani	≥ 90 %	2 tahun
		Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani	≥ 90 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
12	Pelayanan Pemeliharaan sarana RS	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 90 %	2 tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	5 tahun

1	2	3	4	5
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tempat waktu	100 %	5 tahun
13	Pelayanan Laboratorium	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium	3 Hari	2 Tahun
		Pelaksanaan ekspertasi hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	3 tahun
		Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan hasil laboratorium	100 %	2 Tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
14	Pelayanan Sanitasi	Baku mutu limbah cair (BOD) COD TSS PH	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l	2 tahun 2 tahun 2 tahun
		Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	2 tahun
15	Pelayanann Ambulans / kereta jenazah	Waktu pelayanan ambulans / kereta jenazah	24 jam	5 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / kereta jenazah	≤ 30 Menit	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
16	Pelayanan Kedokteran Forensik dan Mediko Legal	Angka kecepatan waktu pelayanan Visum et revertum	100 %	2 tahun
		Pelayanan Visum et revertum luar sama atau kurang dari 7 hari	100 %	2 tahun
		Kecepatan penyelesaian visum et revertum luar dalam sama dengan atau kurang dari 14 hari	100 %	2 tahun
17	Pencegahan & pengendalian infeksi	Ada anggota tim PPI yang terlatih	Terlatih 75 %	5 tahun
		Tersedia APD di setiap instansi	≥ 60 %	2 tahun
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial /HAIs (Health care associated Infection) di RS	≥ 75 %	4 tahun
18	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian Linen Hilang	≥ 95 %	2 Tahun
		Ketepatan waktu penyediaan Linen untuk waktu ruang Rawat Inap	≥ 95 %	2 Tahun


 BUPATI BALANGAN,
 H. SEFEK EFFENDIE

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. Kemampuan Menangani *Life Saving* Di Gawat Darurat

Judul	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di gawat darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat darurat
Definisi operasional	:	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan life saving di Gawat Darurat
sumber data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi Gawat Darurat

b. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Trsedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Definisi operasional	:	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah Kumulatif hari dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari dalam satu bulan
sumber data	:	Laporan bulanan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi Gawat Darurat

c. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat BLS/ PPDG/GELS/ ALS

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/ PPDG/GELS/ ALS
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi operasional	:	Tenaga kompeten gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat BLS/PPDG/GELS/ALS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPDG
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu – waktu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
sumber data	:	Instansi gawat darurat
Standar	:	Satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi Gawat Darurat / Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

e. Waktu Tanggap Pelayanan Di Gawat Darurat

1) Waktu Tanggap Pelayan Di Gawat Darurat Oleh Perawat

Judul	:	Waktu tanggap pelayanan di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	:	Kecepatan pelayanan Perawat di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disamping secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (n minimal = 50)
sumber data	:	Sampel
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat darurat / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

2) Waktu Tanggap Pelayan Di Gawat Darurat Oleh Dokter Umum

Judul	:	Waktu tanggap pelayanan di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter umum di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disamping secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (n minimal = 50)
sumber data	:	Sampel
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat darurat / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

f. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei (minimal n = 50)
sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat darurat / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

g. Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Gawat Darurat

Judul	:	Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat
Dimensi mutu	:	Efektivitas 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 setelah pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 2 per seribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat darurat / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

h. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi mutu	:	Askes 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 analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat 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 instansi gawat darurat

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Pemberi Pelayanan Di Poliklinik Spesialis

Judul	:	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik spesialis
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Poliklinik oleh tenaga dokter spesialis yang komponen
Definisi operasional	:	Klinik spesialis adalah Poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan spesialis privilege yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka Poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka Poliklinik spesialis dalam satu bulan
sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat jalan

b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada kualitatif
Denominator	:	Tidak ada
sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Klinik : Anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat jalan

c. Baku Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	:	Buku pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Senin – Kamis 08.00 – 13.00 Jum'at Sabtu 08.00 – 11.00
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi Rawat Jalan

d. 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 di akses oleh pasien
Definisi operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
sumber data	:	Survei pasien rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat darurat / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

e. 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 analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan di survei (minimal n = 50)
sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat darurat / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

f. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan DOTS

Judul	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penggerakkan diagnosa dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
sumber data	:	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat jalan

g. Penegakan Diagnosa TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	:	Penggerakkan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Aktivitas, kesehatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosa pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
sumber data	:	Regestrasi Laboraturium
Standar	:	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat jalan/ Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

h. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Tuberkulosis Di Rumah Sakit

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporann TB di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	:	Pemberi Pelayanan di rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompetensi
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberio pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	a. Dokter spesialis b. Perawat (minimal pendidikan D3)
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi Rawat inap

b. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	:	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pasien
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 analisis	:	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 instansi rawat inap

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Sesuai dengan Kelas D

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap sesuai dengan Kelas D
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	Pelayanan spesialis : Anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah.
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi Rawat inap

d. Jam Visit Dokter Spesialis

Judul	:	Jam Visit dokter spesialis
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketetapan 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 jam 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah visit dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan jam 14.00 yang di survei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
sumber data	:	Survei
Standar	:	JaM 08.00 – 14.00
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat darurat / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

e. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
sumber data	:	Survei, laporn infeksi nosokomial
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi gawat inap / komite medik / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

f. 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, dikamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan / kematian
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Setiap bulan
Numerator	:	Jumlah psein yang dirawat pada bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang berakibat kecacatan / kematian
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat inap

g. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
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 di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	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 medik
Standar	:	$< 0,25 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Rekam Medik / Bidang Pelayanan Kesehatan

h. Kejadian Pulang Paksa

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan
Definisi operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien / oleh keluarga pasien sebelum di putuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Rekam Medik / Bidang Pelayanan Kesehatan

i. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	:	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal + 50)
sumber data	:	Rekam medik survei
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Rekam Medik / Bidang Pelayanan Kesehatan

j. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	:	Paisen rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Askes, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tubrkulosis dengan trategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penganggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosa dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat inti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional,dan semua pasien tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasionnal.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
sumber data	:	Regester rawat inap, regester TB 03 UPK
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Instalasi rawat inap

k. Penegakan Diagnosa TB Melalui Pemeriksaan Miskroskopis

Judul	:	Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan miskroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosa TB melalui pemeriksaan miskroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosa pasti TB melalui pemeriksaan kiskroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan miskroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosa TB di rumah sakit dalam 3 bulan
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat inap

l. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Tuberkulosis Di Rumah Sakit

Judul	:	Telaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien Tuberkulosis yang berobat rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien Tuberkulosis rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus Tuberkulosis rawat inap di rumah sakit
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat inap

4. PELAYANAN PASIEN GAKIN (PEMEGANG KARTU JAMKESMAS/ JAMKESDA)

Pelayanan Terhadap Gakin (Pemegang Kartu JAMKESMAS/ JAMKESDA) Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	:	Pelayanan terhadap GAKIN (Pemegang Kartu JAMKESMAS/ JAMKESDA) yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	:	Pasien keluarga Miskin GAKIN adalah pasien pemegang kartu JAMKESMAS/ JAMKESDA
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien GAKIN (Pemegang Kartu JAMKESMAS/ JAMKESDA) yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasein GAKIN (Pemegang Kartu JAMKESMAS/ JAMKESDA) yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
sumber data	:	Register pasien
Standar	:	100 % terlayani
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Direktur

5. PELAYANAN PERSALINAN, KIA, PERINATOLOGI DAN KB

a. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	:	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, eklampsia partus lama, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Preeklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda yaitu : • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg • Protein urea > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda preeklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang akibat tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia partus lama atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan. Pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	Pendarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia ≤ 30 %, sepsis $\leq 0,2$ % partus lama ≤ 30 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Komite medik

b. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter SpOG, 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	:	Rekam medis, laporn keselamatan pasien kepegawaian
Standar	:	Dokter SpOG, dokter umum terlatih dan bidan
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Komite medik

c. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang komponen
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 g, kelainan panggul pendarahan ante partum, eklampsia dan preklampsia berat, talipusat menumung
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis dan dokter umum
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
sumber data	:	Kepegawaian dan Rekam medik
Standar	:	Tim PONEK yang terlatih
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instansi rawat inap/ Kepala instalasi Kebidanan /Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

d. Kemampuan Menangani BBLR 1500 g – 2500 g

Judul	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 g – 2500 g
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g – 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g – 2500 g
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Kebidanan /Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

e. Pemberi pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	:	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	:	Kompetensi Teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah Dokter SpOG, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anestesi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga Dokter SpOG, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh Tenaga Dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
sumber data	:	Subag. Umum dan Kepegawaian
Standar	:	Dokter SpOG, Dokter SpA, Dokter SpAn
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

f. 1) Pelayanan KB. Mantap

Judul	:	Keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
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	:	Jenis peserta KB dan laporan KB rumah sakit
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	dr SpOG, bidan terlatih
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Kebidanan /Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

2) Konseling KB Mantap

Judul	:	Konseling KB mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersediaan konseling kontrasepsi mantap
Definisi operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB 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	:	dr SpOG, bidan terlatih
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Kebidanan /Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

g. Kepuasan Pelanggan Persalinan, KIA, Prinatologi dan KB

Judul	:	Kepuasan pelanggan persalinan, KIA, Prinatologi dan KB
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan persalinan, KIA, Prinatologi dan KB
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan, KIA, Prinatologi dan KB
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Kebidanan /Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

6. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

a. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu buloan
sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Direktur

b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk pertanggung jawaban keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik, laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan, kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah Laporan indikator kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
sumber data	:	Bidang perencanaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Direktur

c. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efesiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Usulan kenaikan pangkat 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 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

d. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Kenaikan gaji berkala secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974; No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan berkala tempat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

e. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	:	Kompetensi tehnis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 16 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
sumber data	:	Bidang organisasi dan Penelitian dan Bagian Organisasi dan Kepegawaian
Standar	:	≥ 5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

f. Cost recovery

Judul	:	Cost recovery
Dimensi mutu	:	Efesiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam priode 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 Program dan Keuangan
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Program dan Keuangan

g. Ketepatan Waktu Menyusun Laporan Keuangan

Judul	:	Ketepatan waktu menyusun laporan keuangan
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
sumber data	:	Sub Bagian Program dan Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Program dan Keuangan

h. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan, kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Program dan Keuangan

i. Ketepatan Waktu Pemberian imbalan (intensif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	:	Intensif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan realisasi pendapatan dan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian intensif
Denominator	:	Jumlah total karyawan yang mendapat intensif
sumber data	:	Catatan Sub Bagian Program dan Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Program dan keuangan

j. Kecepatan waktu pemberian Surat Keterangan Kesehatan/ KIR, baik Surat Keterangan Sehat maupun Sakit

Judul	:	Kecepatan waktu pemberian surat keterangan kesehatan/ KIR, baik Surat keterangan sehat maupun sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan pelayanan administrasi
Definisi operasional	:	Surat keterangan kesehatan/ KIR, baik keterangan sehat maupun sakit adalah surat yang diperlukan untuk memenuhi persyaratan administrasi tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian surat keterangan kesehatan/ KIR, baik surat keterangan sehat maupun sakit yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pemberian surat keterangan kesehatan/ KIR, baik surat keterangan sehat maupun sakit yang diamati dalam 1 bulan
sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 1 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Program dan keuangan/ Bidang Pelayanan Kesehatan

k. Kecepatan waktu pemberian Surat Keterangan Kesehatan/ KIR Khusus

Judul	:	Kecepatan waktu pemberian surat keterangan kesehatan/ KIR khusus
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan pelayanan administrasi
Definisi operasional	:	Surat keterangan kesehatan/ KIR khusus adalah surat yang diperlukan untuk memenuhi persyaratan administrasi tertentu yang bersifat khusus
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian surat keterangan kesehatan/ KIR khusus yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pemberian surat keterangan kesehatan/ KIR khusus yang diamati dalam 1 bulan
sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Sub Bagian Program dan keuangan/ Bidang Pelayanan Kesehatan

7. PELAYANAN REKAM MEDIK

a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan ≤ 24 jam atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	:	Total jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Rekam Medik/ Bidang Pelayanan Kesehatan

b. Kelengkapan informed Consent setelah mendapat informasi yang jelas

Judul	:	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	:	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Total jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalsi Rekam Medik/ Bidang Pelayanan Kesehatan

c. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

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

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien di putuskan 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 medik rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati (n tidak kurang dari 100)
sumber data	:	Hasil pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan dan ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	:	Renata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Rekam Medik

8. PELAYANAN FARMASI

a. Waktu Tunggu Pelayanan

1.) Waktu tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi farmasi

2.) Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi farmasi

b. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Dalam Pemberian Obat

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kegiatan 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	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi farmasi

c. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	:	Efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efesiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan dirumah sakit (non Paviliun)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 95 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi farmasi

d. Kepuasan Pelanggan

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

9. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Rontgen

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto rontgen
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan rontgen foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil sudah di ekspedisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan rontgen foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto dalam bulan tersebut
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Radiologi

2. Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

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

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efesiensi 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 radiologi
Standar	:	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 80 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Radiologi /Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

10. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

a. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan kliniks 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 diprogram rahabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah psien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi rehabilitasi medik

b. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	:	Droup out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak tersedia meneruskan program rehilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang droup out dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi rehabilitasi medik

c. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelanyanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi rehabilitasi medik/ Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

11. PELAYANAN GIZI

a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	:	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode 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 di survei
sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi / kepala instalasi rawat jalan

b. Sisa Makanan Yang Tidak dimakan Oleh Pasien

Judul	:	Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan efesien
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 20\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi / kepala instalasi rawat jalan

c. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Standar	:	95 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi / kepala instalasi rawat jalan

d. Jumlah Permintaan Makanan Yang Terlayani

Judul	:	Jumlah permintaan makanan yang terlayani
Dimensi mutu	:	Ketepatan pemberian
Tujuan	:	Agar permintaan makanan pasien dapat terlayani
Definisi operasional	:	Jumlah permintaan makan yang terlayani adalah jumlah permintaan makanan pasien ke instalasi Gizi yang dapat dilayani pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan pasien yang terlayani pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan yang masuk pada periode waktu tertentu
sumber data	:	Register permintaan makanan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi

e. Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Jalan Yang Terlayani

Judul	:	Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Agar konsultasi gizi rawat jalan dapat terlayani
Definisi operasional	:	Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi dirawat jalan yang dilayani pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat jalan pada periode waktu tertentu
sumber data	:	Register permintaan konsultasi gizi rawat jalan
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi

f. Jumlah Konsultasi Gizi Inap Yang Terlayani

Judul	:	Jumlah konsultasi gizi inap yang terlayani
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Agar konsultasi gizi rawat jalan dapat terlayani
Definisi operasional	:	Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi dirawat jalan yang dilayani pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat jalan pada periode waktu tertentu
sumber data	:	Register permintaan konsultasi gizi rawat jalan
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi

g. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Gizi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Gizi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 80 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

12. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah 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	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap-tiap alat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
sumber data	:	Register pemeliharaan alat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

c. Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	:	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan dn efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi alat laboratorium (dan alat ukur yang lain)
Definisi operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) oleh balai pengaman fasilitas kesehatan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium (dan lat ukur yang lain) yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
sumber data	:	Buku register
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

13. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Waktu tunggu pelayanan laboratorium

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efiseinsi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium tenggang waktu mulai pasien di ambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 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	:	Survei
Standar	:	Umum : 3 x 24 jam ; darah maksimal 7 hari
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi laboratorium/ Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

b. Pelaksanaan Ekspertasi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	:	Pelaksanaan ekspertasi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa
Definisi operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorioum adalah dokter spesialis mikrobiologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium bukti dilakukan skeptisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis mikrobiologi klinik dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
sumber data	:	Register di instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi laboratorium/ Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

c. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan tersebut
sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi laboratorium/ Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan pemeriksaan laboratorium
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan pemeriksaan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi laboratorium / Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

14. PELAYANAN SANITASI

a. Baku Mutu Limbah Cair BOD, COD, TSS, PH)

Judul	:	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	:	Buku 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/lt COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/lt TSS (total suspended solid) : 30 mg/lt
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan buku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Sanitasi

b. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai Dengan Aturan

Judul	:	Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan 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 pengelolaan limbah padat yang diamati
sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi Sanitasi / kepala K3 RS

15. PELAYANAN AMBULANCE / KERETA JENAZAH

a. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Judul	:	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance / kereta jenazah yang dapat diaskes setiap waktu oleh pasien / keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	:	Waktu penyediaan 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 Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya keanggaan rumah sakit dalam penyediaan 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	:	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

c. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 80 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

16. PELAYANAN KEDOKTERAN FORENSIK & MEDIKO LEGAL

a. Angka kecepatan waktu pelayanan Visum et repertum/ ver

Judul	:	Angka kecepatan waktu pelayanan Ver
Dimensi mutu	:	<i>Timeliness</i>
Tujuan	:	Agar pelayanan penyelesaian Ver dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat
Definisi operasional	:	Angka kematian waktu penyelesaian Ver adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan Ver
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian Ver
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi kedokteran forensik dan medikolegal

b. Pelayanan Ver luar sama atau kurang dari 7 hari

Judul	:	Pelayanan Ver luar sama atau kurang dari 7 hari
Dimensi mutu	:	Kecepatan pelayanan
Tujuan	:	Agar penyelesaian Ver luar dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat
Definisi operasional	:	Penyelesaian Ver laur adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pemeriksaan Ver luar
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian Ver lau yang kurang atau sama dengan 7(tujuh)hari
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan pemeriksaan Ver luar
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi kedokteran forensik dan medikolegal

c. Kecepatan penyelesaian Ver luar dalam sama denan atau kurang dari 14 hari

Judul	:	Kecepatan penyelesaian Ver luar dalam sama denan atau kurang dari 14 hari
Dimensi mutu	:	<i>Timeliness</i>
Tujuan	:	Agar penyelesaian Ver luar dalam rapat diselesaikan dengan epat dan tepat
Definisi operasional	:	Kecepatan penyelesaian Ver luar dan dalam adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan permintaan Ver luar dan dalam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian Ver luar dan dalam yang kurang atau sama dengan 14 hari
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan pemeroiksaan Ver luar dan dalam
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi kedokteran forensik dan medikolegal

17. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

a. Tim PPI

Judul	:	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang terlatih
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas – tugas PPI RS
Definisi operasional	:	Adalah anggota Tim PPS RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah anggota PPI RS yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota PPI RS
sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

b. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	:	Tersedianya alat pelindung diri (APD)
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya alat pelindung diri 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	:	Survei
Standar	:	60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

c. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Di Rumah Sakit

Judul	:	Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Kegiatan pengamanan faktor resiko infeksi nasokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia pada RS. Minimal 1 parameter (ILO/ Infeksi luka operasi, ILI/ infeksi luka infus, VAR/ ventilator associated pneumonie, ISK/ infeksi daluran kemih)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia
sumber data	:	Survei
Standar	:	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

3. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	:	Efesiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang sebenarnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi sanitasi dan laundry

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	:	Efesiensi dan efektivitas
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 waktu satu bulan
sumber data	:	Survei
Standar	:	95 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	:	Kepala instalasi sanitasi dan laundry

BUPATI BALANGAN,

H. SEFEK EFFENDIE