



BUPATI BARITO KUALA PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN BUPATI BARITO KUALA
NOMOR 18 TAHUN 2023

TENTANG

PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H. ABDUL AZIZ MARABAHAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BARITO KUALA,

- Menimbang :
- a. bahwa pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
 - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan perlu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat, sehingga diperlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 - c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 6 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Bupati berwenang menetapkan Penerapan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan Kabupaten Barito Kuala;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan.
- Mengingat :
- 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
4. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
5. Undang-undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601) sebagaimana telah diubah beberapa kali dan terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
6. Peraturan Pemerintah pengganti Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841) sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6845);
7. 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) sebagaimana telah diubah dengan peraturan Pemerintah Nomor 74 tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

8. 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);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan penetapan Standar Pelayanan Minimal (Tambahan Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor ...);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor ...);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
13. Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 16 Tahun 2016 Tentang Pembentukan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 Nomor 34) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 5 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 16 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Kuala Tahun 2022 Nomor 5);
14. Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 16 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 Nomor 34) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 5 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 16 Tahun 2016 tentang pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Kuala Tahun 2022 Nomor 5).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H. ABDUL AZIZ MARABAHAN.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Barito Kuala
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Kepala Daerah yang selanjutnya disebut Bupati adalah Bupati Kabupaten Barito Kuala.
4. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan Kabupaten Barito Kuala yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan Kabupaten Barito Kuala adalah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan Kabupaten Barito Kuala.
5. Pola Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD H. Abdul Aziz Marabahan kepada masyarakat.
7. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
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. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan SPM dalam Peraturan Bupati ini untuk memberikan panduan bagi BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
- (2) Tujuan ditetapkan SPM dalam Peraturan Bupati ini untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan kepada Masyarakat.

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

Bagian Kesatu
Tugas

Pasal 3

BLUS RSUD H. Abdul Aziz Marabahan mempunyai tugas :

- a. Melaksanakan pelayanan Kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif);
- b. Pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif);
- c. Promosi (promotif);
- d. Upaya rujukan;
- e. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan;
- f. Penelitian dan pengembangan; dan
- g. Pengabdian masyarakat.

Bagian Kedua
Jenis Pelayanan

Pasal 4

Jenis pelayanan untuk RSUD H. Abdul Aziz Marabahan 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;
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
- j. Pelayanan Farmasi;
- k. Pelayanan Gizi;
- l. Pelayanan Transfusi Darah;
- m. Pelayanan Keluarga Miskin;
- n. Pelayanan Rekam Medis;
- o. Pelayanan Limbah;
- p. Pelayanan Administrasi Manajemen;
- q. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah;
- r. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
- s. Pelayanan Laundry;
- t. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
- u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Bagian Ketiga
Indikator, Standar, Uraian SPM
Dan Tahapan Waktu Pencapaian

Pasal 5

- (1) Setiap jenis layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 mempunyai indikator, standar, uraian SPM dan tahapan waktu pencapaian.

- (2) Indikator, standar, uraian SPM dan tahapan waktu pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai Batasan Layanan Minimal yang seharusnya dipenuhi oleh BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
- (3) Indikator, standar, uraian SPM dan tahapan waktu pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I, Lampiran II dan Lampiran III yang merupakan bagian yang tidak dipisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) RSUD H. Abdul Aziz Marabahan yang menerapkan PPK BLUD melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur atau pimpinan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 7

- (1) Direktur RSUD selaku pimpinan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, Target serta Upaya dan pelaksanaan peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan tahunan rumah sakit yang dipimpin berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, Target, Serta Upaya dan Pelaksanaan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 8

- (1) Bupati melalui Sekretaris Daerah melaksanakan pembinaan BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan yang menerapkan PPK BLUD dalam penerapan SPM.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :

- a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM.
- b. Penyusunan Rencana Pencapaian, SPM dan Penetapan Tahapan Pencapaian SPM.
- c. Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM.
- d. Pelaporan prestasi kerja SPM.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 9

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan penerapan SPM pada BLUD H. Abdul Aziz Marabahan.
- (2) Pengawasan penerapan SPM pada BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan dilaksanakan oleh perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan aparatur pengawas internal pemerintah.

Pasal 10

- (1) Pengawasan operasional SPM pada BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur atau pimpinan BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.

Pasal 11

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 bersama sama jajaran manajemen RSUD H. Abdul Aziz Marabahan 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 12

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap BLUD RSUD selain dilakukan oleh Pejabat Pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelola BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.

Pasal 13

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11 dibebankan pada pendapatan operasional BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

**BAB VII
PELAPORAN DAN EVALUASI**

Pasal 14

- (1) Direktur BLUD RSUD selaku pimpinan BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan menyusun dan menyampaikan laporan umum tahunan Kinerja Penerapan dan Pencapaian SPM kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Dewan Pengawas menyampaikan ringkasan laporan umum tahunan Kinerja penerapan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati.
- (3) Berdasarkan laporan tahunan Kinerja penerapan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Bupati melakukan evaluasi.

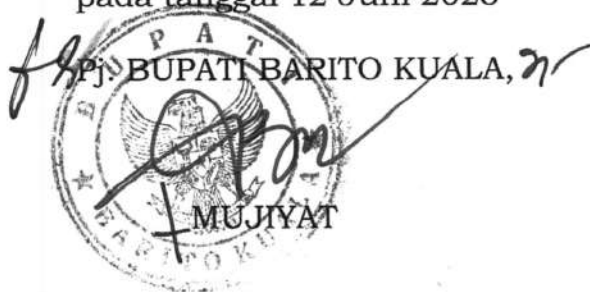
**BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 15

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Marabahan
pada tanggal 12 Juni 2023


BUPATI BARITO KUALA, *mujiyat*

MUJIYAT

Diundangkan di Marabahan
pada tanggal 12 Juni 2023

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BARITO KUALA,


H. ZULKIPLI YADI NOOR

BERITA DAERAH KABUPATEN BARITO KUALA TAHUN 2023 NOMOR 18

Lampiran I : Peraturan Bupati Barito Kuala
 Nomor 18 Tahun 2023
 Tanggal 12 Juni 2023

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR STANDAR

Jenis Pelayanan	SPM	
	Indikator	Standar
Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS, BTLS, ACTLS, PPGD. 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat 7. Kematian pasien ≤ 24 Jam 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	
Rawat Jalan	1.Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan 3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan Pelanggan 6. Pelayanan TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	1.100 % Dokter Spesialis 2. 100% a. Poli Umum b. Poli Anak c. Poli P. Dalam d. Poli Kebidanan e. Poli Bedah f. Poli Mata g. Poli THT h. Poli Gigi i. Poli Reh. Medik j. Poli Syaraf 3. 100 % 4. ≤ 60 menit 5. ≥ 80 % 6. 100 % a. ≥60 % b. ≥ 60 %

Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Angka kejadian luka dekubitus 8. Angka kejadian phlebitis 9. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian 10. Kematian pasien > 48 jam 11. Kejadian pulang paksa 12. Kepuasan pelanggan rawat inap 13. Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	1. a. 100% Dr. Sp. 2. 100 % 3. 100 % a. Anak b. Peny.Dalam c. Kebidanan d. Bedah e. Syaraf f. Mata g. THT h. Patologi Anatomi i. Patologi klinis 4. 100 % 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 5. $\leq 1,5$ % 6. $\leq 1,5$ % 7. ≤ 2 % 8. ≤ 2 % 9. 100 % 10. $\leq 0,24\%$ 11. $\leq 5\%$ 12. $\geq 80\%$ a. $\geq 60\%$ b. ≥ 60 %
Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain	1. ≥ 90 % 2. ≤ 1 % 3. 100 % 4. 100 % 5. 100 % 6. 100 % 7. ≤ 6 %

	pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	
Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr 6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria 7. Kepuasan Pelanggan a. Keluarga Berencana b. Konseling KB mantap	1. a. Perdarahan $\leq 1 \%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30 \%$ c. Sepsis $\leq 0,2 \%$ d. partus lama $\leq 20 \%$ 2. a. 100%Dr Sp.OG b. 100%Bidan 3. 100%Tim PONEK yang terlatih 4. a.100% Dr Sp.OG b.100% Dr. SpA 5. 100 % 6. $\leq 20 \%$ 7.a.100 % b.100 %
Pelayanan Intensif	1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif 3. Tersedianya kasus dekubitus sesuai jumlah tempat tidur 4. Tersedianya alat penghangat darah (animex) sesuai kapasitas tempat tidur. 5. Tersedianya set ganti balut sesuai tempat tidur. 6. Tersedianya infuse pump sesuai kapasitas tempat tidur. 7. Tersedianya ventilator sesuai kapasitas tempat tidur.	1. $\leq 3 \%$ 2. a. 100%Dr. Sp.An dan dr sp sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU 3. 100 % 4. 100 % 5. 100 % 6.100% 7.100 % 8. 100 %

	8. Tersedianya syring pump.	
Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen. 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen. 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤3 Jam 2. 100 % Dokter Sp.Rad. 3. ≤2% 4. ≥80 %
Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤140 % 2. 100 % 3. 100% 4. ≥80 %
Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. ≤50 % 2. 100 % 3. ≥80 %
Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan Obat: a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	1. a. ≤30 menit b. 60 menit 2. 100 % 3. ≥80 % 4. 100 %
Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien. 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. 3. Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian diet.	1. ≥90 % 2. ≤20 % 3. 100 %
Transfusi Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah	1. 100 % terpenuhi 2. ≤ 0,01 %

	bagi setiap pelayanan transfusi. 2. Kejadian Reaksi transfusi	
Pelayanan Keluarga Gaskin	1. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	1. 100%
Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. ≤10 menit 4. ≤15 menit
Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair a. BOD b. COD c. TSS d. PH 2. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai aturan	1. 100 % a. BOD ≤ 30 mg/l b. COD ≤ 80 mg/l c. TSS ≤ 30 mg/l d. PH 6-9 2. 100 %
Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan pimpinan 2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun 6. Cost recovery	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. ≥60 % 6. ≥40 % 7. 100 % 8. ≤2 jam 9. 100 %

	7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	
Ambulance/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah 24 jam 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit ≤ 30 menit	1. 100 % 2. ≥ 80 %
Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. ≤ 15 menit, ≥ 80 % 2. 100 % 3. 100 %
Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap 24 jam	1. 100 % 2. 100 %
Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi /departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi	1. 75% 2. 75 % 3. 75%

	nosokomia/HAI (Health care associated infection) di RS (min 1 parameter)	
--	---	--

f. h. Pj. BUPATI BARITO KUALA, N


Lampiran II : Peraturan Bupati Barito Kuala
Nomor 18 Tahun 2023
Tanggal 12 Juni 2023

I. Pelayanan Gawat Darurat

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Indikator	:	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat 24 jam disetiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi pengambilan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Nomerator	:	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

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Indikator	:	Kemampuan menangani Life saving di UGD
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
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan Life saving di Gawat darurat
Sumber data	:	Rekam Medik di Gawat darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat
ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Indikator	:	Pemberi pelayanan Kegawat Daruratan yang bersertifikasi ATLS/ BTLS
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten pada gawat darurat dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan Life saving di Gawat Darurat
Denomonator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Indikator	:	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
Denomonator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Ruang Unit Gawat Darurat
Standar	:	1 Tim
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan dokter 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 di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 30)Tidak ada
Sumber data	:	Sampel
Standar	:	- 5 Menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan Pada Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan 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 rata-rata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam Gawat Darurat

Indikator	:	Kematian pasien – 24 jam di IGD
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian – 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode – 24 jam sejak pasien datang
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	- 2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
-----------	---	--

8. Tidak adanya keharusan membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka standar 100% (seratus persen)
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	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Target	80 % (delapan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Sumber data	Rekam Medis
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab	Komite Medik/ Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis

Indikator	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam 1 bulan
Denomonator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasionalpenyakit	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit Klinik anak, kebidanan, penyakit dalam bedah,syaraf, gigi, mata, kulit, THT, jiwa, Fisioterapi,VCT, pojok DOTS, medical checkup
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan rawat jalanspesialistik yang ada
Denomonator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi rawat jalan

pengumpul data		
----------------	--	--

3. Jam buka Pelayanan sesuai ketentuan

Indikator	:	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam buka mulainya 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
Denomonator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu dirawat jalan

Indikator	:	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 dari pasien datang di Instalasi Rawat Jalan sampai diperiksa oleh dokter di Instalasi Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survei
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	- 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan kepada 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
Denomonator	:	Jumlah seluruh (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

6. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB

Indikator	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohor dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dirumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan TB

Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Indikator	:	Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, 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 rumah sakit dalam 3 bulan
Denomonator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	+ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP
1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Indikator	:	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
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 memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denomonator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Indikator	:	Dokter penanggung jawab pasien
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, THT, Paru, Syaraf, Jantung, Kulit kelamin,patologianatomi, patologi klinik)
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denomonator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

4. Jam Visite dokter spesialis

Indikator	:	Jam Visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	:	Akses kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Defenisi Operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 8.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Priode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denomonator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

5. Kejadiann infeksi pasca operasi

Indikator	:	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan luka operasi telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Defenisi Operasional	:	Infeksi luka operasi adalah infeksi post operasi (lika bersi) yang didapat setelah hari ke 3, yang ditandai merah, nyeri, bengkak dan panas.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka operasi dalam priode satu bulan
Denomonator	:	Jumlah pasien yang di operasi dalam periode satu bulan
Sumber data	:	Survellance pengendali Infeksi, rekam medis
Standar	:	-1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Indikator	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nasokomial lainnya di rumah sakit selain ILO , decubitus, phlebitis)
Defenisi Operasional	:	Infeksi nosokomial lainnya adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit seperti sepsis, pneumonia, tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang dirawat yang terkena infeksi nosokomial seperti sepsis, pneumonia, tidak termasuk ILO, , decubitus)
Denomonator	:	Jumlah pasien rawat inap 1 bulan
Sumber data	:	Survellance pengendali Infeksi, rekam medis
Standar	:	-1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

7. Angka kejadian Luka Decubitus

Indikator	:	Angka kejadian luka Decubitus
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan pasien tirah baring telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Defenisi Operasional	:	Decubitus adalah kerusakan / kematian kulit yang terjadi akibat gangguan aliran darah setempat dan iritasi pada kulit dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan (dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya) dalam jangka waktu yang lama.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami decubitus dalam priode satu bulan
Denomonator	:	Jumlah pasien yang dirawat dalam priode satu bulan

Sumber data	:	Surveillance pengendali Infeksi, rekam medis
Standar	:	-2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

8. Angka kejadian Phlebitis

Indikator	:	Angka kejadian Phlebitis
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan dan perawatan infuse dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Defenisi Operasional	:	Phlebitis merupakan inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi intravena phlebitis dikarakteristikan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan, bengkak indurasi dan teraba mengeras dibagian vena yang terpasang kateter intravena.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami phlebitis dalam priode satu bulan
Denomonator	:	Jumlah pasien yang terpasang infus dalam priode satu bulan
Sumber data	:	Surveillance pengendali Infeksi, rekam medis
Standar	:	-2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

9. Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecatatan kematian

Indikator	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Defenisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh selama dirawat baik jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan	:	1 bulan

data		
Priode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denomonator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

10. Kematian pasien > 48 jam

Indikator	:	Kematian pasien + 48 jam
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Defenisi Operasional	:	Kematian pasien + 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah priode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap + 48 jam dalam satu bulan
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	- 0,24 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

11. Kejadian pulang paksa

Indikator	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektifitas keseimbangan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Defenisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter

Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	3bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien dirawat dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	- 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

12. Kepuasan pelanggan rawat inap

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Defenisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	3bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denomonator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n Minimal =50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	+ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

13. Rawat Inap TB

a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

14. Indikator	:	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	Akses, efesiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Defenisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelsysnsn

		tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional , dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati di evaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Priode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denomonator	:	Jumlah seluruh pasien Rawai Inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	:	Register Rawat Inap, register TB
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

b. Kegiatan pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis(TB) di RS

Indikator	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Defenisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Priode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denomonator	:	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	+ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat Inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Indikator	:	Waktu tunggu operasi efektif – 2 hari
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Defenisi 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
Priode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Denomonator	:	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	+ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bedah

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Indikator	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarkan nya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
Defenisi Operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Priode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan.
Denomonator	:	Jumlah pasien yang di lakukan tidakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medic laporan keselamatan pasien

Standar	:	-1 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bedah

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Priode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denomonator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medic laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bedah

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah,
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Priode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi

		salah orang dalam waktu satu bulan
Denomonator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bedah

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Defenisi Operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Priode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.
Denomonator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bedah

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

Indikator	:	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Defenisi Operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas,

		gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Priode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.
Denomonator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bedah

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

Indikator	:	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Defenisi Operasional	:	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Priode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan.
Denomonator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	- 6 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bedah

V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Indikator	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Defenisi Operasional	:	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, eeklampsia, partus lama dan sepsis Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi karena pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia, dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik + 160 mmhg dan diastolik + 110 mmhg - Protein urea + 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adlah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas, yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah : fase laten persalinan 8 jam, multi para + 6 jam (primi para +
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing masing penyebab)
Denomonator	:	Jumlah pasien pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia , partus lama atau sepsis (masing masing penyebab
Sumber data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	Perdarahan – 1 % eklampsia – 30 % Sepsis – 0,2 %partus lama – 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah t, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denomonator	:	Jumlah seluruh tenaga yang member pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre eklampsia berat, tali pusat menumbung.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.

Denomonator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dengan spesialis anak, dokter spesialis anesthesia.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anesthesia, yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denomonator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram
Dimensi Mutu	:	Efektipitas, dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Defenisi Operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g- 2500 yang berhasil

		ditangani.
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Prinatologi

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Indikator	:	Pertolongan persalinan melalui seksio casaria
Dimensi Mutu	:	Efektipitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Defenisi Operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	-20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

7.a. Keluarga Berencana

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

7.b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan 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	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam

Indikator	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama – 72 jam
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Defenisi Operasional	:	Pasien kembali ke perawatan intensif ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu – 72 jam.

, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama – 72 jam dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di rawat di ruang intensif dalam satu bulan.
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	- 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Indikator	:	Pemberi pelayanan di unit intensif
Dimensi Mutu	:	Kompetensi
Tujuan	:	Tersedianya yang berkompeten
Defenisi Operasional	:	Peberi pelayanan intensif Sp.An dan dokter spesialis kasus yang ditangani, perawat dsertifikat perawat mahir ICU,PICU/ NICU
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/PICU,ICCU.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif.
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	+ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

3. Tersedianya kasus decubitus sesuai jumlah tempat tidur

Indikator	:	Tersedianya Kasur dekubitustempat tidur
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya kasur dekubitus di rawat di ruang ICU
Defenisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
, Frekuensi	:	6 bulan

pengumpulan data		
Priode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah kasur dekubitus yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU.
Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

4. Tersedianya alat penghangat darah(Animex) sesuai kapasitas tempat tidur

Indikator	:	Tersedianya Alat Penghangat Darah (Animex) Sesuai kapasitas tempat tidur
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya alat Penghangat darah (Animex) bagi pasien yang dirawat di ruang ICU
Defenisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
, Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Priode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah Animex yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU.
Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

5. Tersedianya Set Ganti Balut Sesuai Jumlah tempat tidur

Indikator	:	Tersedianya Set Ganti balut sesuai jumlah tempat tidur
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya Set ganti balut bagi pasien yang di rawat di ruang ICU
Defenisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
, Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Priode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah Set Ganti Balut yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU.

Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

6. Tersedianya Infus Pump sesuai jumlah tempat tidur

Indikator	:	Tersedianya Infus Pump sesuai jumlah tempat tidur
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya Infus Pump bagi pasien yang dirawat di ruang ICU
Defenisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
, Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Priode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah Set Ganti Balut yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU.
Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

7. Tersedianya Ventilator Sesuai Jumlah Tempat Tidur

Indikator	:	Tersedianya Ventilator sesuai dengan jumlah tempat tidur
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya Ventilator bagi pasien yang dirawat di ruang ICU
Defenisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
, Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Priode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah Ventilator yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU.
Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

8. Tersedianya Syringe Pump

Indikator	:	Tersedianya Syring Pump
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya Syring Pump bagi pasien yang di rawat di ruang ICU
Defenisi Operasional	:	Tersedianya paket perawatan ruang ICU tempat tidur tersedia 4 Syring Pump
, Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Priode analisa	:	1 Tahun
Numerator	:	Jumlah Syring Pump yang ada
Denominator	:	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU.
Sumber data	:	Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayan foto thorax
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Defenisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tergantung waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekpertisi
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	-3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan

Indikator	:	Pelaksana expertise hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Defenisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen / hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi, adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang di baca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Indikator	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen.
Defenisi Operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat di baca dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu

		bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	-2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi.
Defenisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang di survey yang menyatakan puas .
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survey (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

VIII. LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium.
Defenisi Operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan Kimia darah kimia, waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan

Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif 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	:	+90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Indikator	:	Pelaksana expertise hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp.PK
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis .
Defenisi Operasional	:	Pelaksana ekperti laboratorium adalah dakter spesialis pathology klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar asli pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil la diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan Penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Dimensi Mutu	:	Keselamatan

Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan lab patologi klinik .
Defenisi Operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium paologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di lab patologi klinik dalam waktu bulan tersebut.
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelayanan terhadap pelayanan laboratorium .
Defenisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang di rencanakan

Indikator	:	Kejadian drop aut pasien terhadap palayanan fisioterapi yang direncanakan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan .
Defenisi Operasional	:	Drop aut pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan.
, Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Priode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop aut selama 3 bulan
Denominator	:	Jumlahseluruh pasien yang di program fisioterapi selama 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	-90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang fisioterapi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic

Iandikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian, kesalahan klinis dalam fisioterapi .
Defenisi Operasional	:	Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperkirakan yang tidak sesuai dengan asuhan dan / atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang deprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien

		yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang fisioterapi

3. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan fisioterapi
Defenisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang fisioterapi

X. FARMASI

1. A. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi -60 menit
Dimensi Mutu	:	Efetifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
, Frekuensi	:	1 bulan

pengumpulan data		
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

B. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan – 20 menit
Dimensi Mutu	:	Efetifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberi obat

Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Defenisi 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
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

3.Kepuasan pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

4.Penulisan resep sesuai formularium

Indikator	:	Penulisan resep sesuai dengan formularium
Dimensi Mutu	:	Efesiensi

Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Defenisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
Denominator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	+90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Indikator	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, dan efisien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif porsi sisa makan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	-20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberika diet adalah kesalahan dalam memberikan diet
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

pengumpul data		
----------------	--	--

XI. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse

Indikator	:	Kebutuhab darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Defenisi Operasional	:	Cukup jelas
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bank Darah

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Indikator	:	Kebutuhab darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Defenisi Operasional	:	Cukup jelas
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Bank Darah

pengumpul data		
----------------	--	--

XIII. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang dating ke RS pada setiap unit pelayanan

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang dating ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Defenisi Operasional	:	Pasien miskin pasien pemegang kartu jamkesmas, jamkesda, dand pasien dengan surat keterangan miskin.
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gakin yang dating ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	:	Register pasien
Standar	:	100 % terlayani
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangsnn / kepala poliklinik

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan

Indikator	:	Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dalam waktu – 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Defenisi Operasional	:	Jumlah rekam medic yang disurvei dalam satu bulan yang di isi lengkap
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan

Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang di isi lengkap
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfuse dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Indikator	:	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Defenisi Operasional	:	Informed concent adalah persetujuan yang diberikannpasien/ keluarga pasien atas sdasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medic dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan – 5 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi

Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Defenisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digukan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
, Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Priode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu penyediaan rekam medis sampai rawat jalan diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	:	Hasi survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	:	+90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan raway inap

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap – 15 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Defenisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien l untuk digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medi adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inapoleh dokter sampai rekam medic rawat inap tersedia dibangsal pasien
, Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Priode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu penyediaan rekam rawat inap di amati
Denominator	:	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang di amati

Sumber data	:	Hasi survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	+80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah air

Indikator	:	Baku mutu air limbah
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keeamanan limbah cair rumah sakit
Defenisi Operasional	:	Buku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap umun bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indicator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg / ltr COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg / ltr TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg / ltr pH : 6-9
, Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Priode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Sanitasi dan lingkungan

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Indikator	:	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit

Defenisi Operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat 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 berlaku
, Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	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 pengumpul data	:	Kepala Instalasi Sanitasi dan lingkungan

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindakan lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat pimpinan

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

Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

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

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
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	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

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

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode 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	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah 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	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
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	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
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	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan 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	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
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	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

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

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi 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


 Pj. BUPATI BARITO KUALA
 MUJIYAT

Lampiran III : Peraturan Bupati Barito Kuala
 Nomor 18 Tahun 2023
 Tanggal 12 Juni 2023

HASIL KONDISI STANDAR TAHUN 2022

NO	JENIS	INDIKATOR	STANDAR	KONDIS I 2022	KETERANGAN	TARGET TAHUN
	PELAYA NAN					2023
1	Gawat Darurat	1.Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	83%	Ada yang belum pelatihan 2 orang	100%
		2.Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	-	24 Jam
		3.Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS,BTCLS,P PGD	100%	75%	Hanya 10 orang yang bersertifikat (Perawat & Dokter) dari 25 orang perawat dan dokter.	100%
		4.Ketersediaan tim penanggulanga n bencana	1 Tim	Belum ada tim khusus		1 Tim
		5.Waktu tanggap pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat	-5 Menit	1menit 12detik	-	<5 menit
		6.Kepuasan pelanggan pada UGD	80%	86%	Karena masih kekurangan SDM	90%
		7.Kematian pasien <24jam di Gawat Darurat	-2%	1,27%		≤0,38%
		8.Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%		100%
2	Rawat Jalan	1.Pemberian pelayanan di poliklinik spesialis	100%	100%		100%
		2.Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100% Poli Peny.Dalam,Bedah, Anak,Keb idanan	96%	Kurang lengkapnya alat Namun tambahan Poli	100%

					Jiwa, Poli Orthopedi, Kulit.	
		3.Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	97%	Jam buka sudah sesuai 08.00 s/d 11.00 WITA untuk Pendaftaran dan tutup selesai semua pasien diperiksa s/d resep obat.	100%
		4.Waktu tunggu di rawat jalan	-60%	≤ 60 menit	Dokter harus visite dulu.	<60mnt
		5.Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	80%	79,60%	lama dalam pelayanan dikarenakan menunggu dokter spesialis visite.	90%
		6.a.Penagakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB	100%	90%	Alat pemeriksaan mikroskopis rusak dan pemeriksaan pakai TLM	100%
		b.Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	60%	50%	Belum tersedianya ruangan poli DOTS dan Pengobatan lebih banyak dirujuk ke PKM	>60%
3	Rawat Inap	1.Pemberian pelayanan rawat inap	100%	100%		100%
		2.Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%		100%
		3.Ketersediaan pelayanan rawat inap	Min.Kesehatan anak,penyakit dalam,kebidanan,& bedah,Mata,THT,Pa	Min.Kesehatan anak,penyakit dalam,kkebidanan,& bedah,Mata,THT,		Min.Kesehatan anak,penyakit dalam,kkebidanan,& bedah,Mata,THT,

			tologi,Anatomi,Patologi Klinis	Patologi, Anatomi ,Patologi Klinis		Patologi, Anatomi, Patologi Klinis,Ortopedi, Kulit dan Kelamin, dan Jila
		4.Jam visite dokter spesialis	100%	100%		100%
		5.Kejadian Infeksi pasca operasi	-1,50%	0,00%		0,00%
		6.Angka kejadian infeksi nosokomial	-1,50%	0,-0%		0,00%
		7.Angka kejadian luka decubitus	-2%	0,00%		0,00%
		8.Angka kejadian phlebitis	-2%	0,0%		0,00%
		9.Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecatatan/kematian	100%	100%		100%
		10.Kematian pasien >48 jam	-0,24%	2,04%		0%
		11.Kejadian pulang paksa	-5%	5,4%	Atas permintaan keluarga pasien	0%
		12.Kepuasan pelanggan rawat inap	80%	79,60%	Diambil dari IKM periode II 2022	100%
		13.a.Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB	≥60%	90%		100%
		b.Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%		100%
4	Bedah Sentral	1.Waktu tunggu Operasi efektif	- 2hari	<2 hari		<2 hari
		2.Kejadian kematian di	-1%	0%		0%

		meja operasi				
		3.Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%		100%
		4.Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%		100%
		5.Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%		100%
		6.Tidak adanya kejadiantertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%		100%
		7.Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotrachealtube	-6%	0%		0%
5	Persalinan dan Perinatologi	1.Kejadian kematian ibu karena persalinan				
		*Perdarahan	-1%	0,16%		-1%
		*Pre eklamsia	-30%	0%		-30%
		*Sepsis	≤0,02%	0%		≤0,02%
		*Partus lama	≤20%	0,00%		≤20%

		2.Pemberian pelayanan persalinan normal	100%	100%		100%
		3.Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	100%		100%
		4.Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%,dr. SPOG,SP A	100%		100%,dr .SPOG,S PA
		5.Kemampuan menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr	100%	42%	Karena tidak semua bidan melakukan pelatihan	75%
		6.Pertolongan persalinan melalui sectio Caesar	-20%	46%	Karena gagal induksi, FEB & Riwayat SC.	<20%
		7.a.Keluarga berencana mantap	100%	100%		100%
		b. Konseling KB Mantap	100%	100%		100%
		8.Kepuasan Pelanggan	>80%	90,00%		100%
6	Pelayana n Intensif	1.Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	-5%	0%	Selama periode ntahun 2018 tidak ada kasus rawat kembali <72 Jam	0%
		2.Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100%	Tersedia dokter, perawat, dokter anastesi di ICU	30% perawat tersertifi kasi ICU dasar
		3.Tersedia kasus decubilitus sesuai jumlah TT	90%	33,3%	Dari 3 Bed tersedia 1 bed deculiby	2 Tabmba han bed deculiby(66,6%)
		4.Tersedia alat penghangat darah(Animex)s esuat jumlah TT	100%	0%	Belum tersedianya alat penghangat darah(Animex)	Tersedia nya Animex untuk 3 bed(100 %)

		5.Tersedia set ganti balut sesuai jumlah TT	100%	0%	Belum tersedia set ganti balut	Tersedia set ganti balut untuk 2 bed(66,6 %)
		6.Tersedia Infuce Pump sesuai jumlah TT	100%	100%	Sudah tersedia infus pump dengan perbandingan 1bed:2 infus pump	Ada tambaha n atau upgrade alat 30%
		7.Tersedia Ventilator sesuai jumlah TT	100%	33,3%	Dari 3 Bed tersedia 1 Ventilator mekanik	Tersedia ventilato r adult pechatri c 1 unit(66, 6%)
		8.Tersedia syringe pump sesuai jumlah TT	100%	100%	Sudah tersedia syringe pump dengan perbandingan 1bed:2syringe pump	Ada tambaha n upgrade alat 30%
7	Radiologi	1.Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	- 3 Jam	- 3 Jam		
		2.Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan mrontgen	100%,dr. Sp.RO	90%	Dokter Radiologi cuti diluar tanggungan Negara dan dokter penganti hanya ada 2-3 hr dalam seminggu	100%
		3.Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	-2%	-1%		0%
		4.Kepuasan pelanggan	80%	100%		100%
8	Laborato rium	1.Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤120 menit(ma nual)	≤120 Menit	Untuk tahun 2020 target memang ≤120 Menit	≤90 Menit
		2.Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	80%	Karena untuk hasil sore dan malam dr.spesialis tidak ada	100%

		3.Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	Tidak pernah terjadi kesalahan dalam penyerahan hasil pemeriksaan lab	100%
		4.Kepuasan pelanggan	80%	80%	Sebagian besar pasien puas	100%
9	Rehabilitasi Medik	1.Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	-90%	90%	Pasien drop out sesuai dengan rencana terapi	90%
		2.Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan	100%
		3.Kepuasan Pelanggan	80%	90%	Rata-rata pasien menyatakan puas dengan pelayanan	100%
10	Farmasi	1.a.Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	35 Menit	Perhitungan obat masih manual, serta pelayanan pasien rawat inap maupun rawat jalan masih bergabung	≤ 30 menit
		b.Waktu tunggu pelayanan obat racikan	60 menit	45 menit	perhitungan obat masih manual, Pelayanan	≤40 menit
		2.Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	75%	Kondisi pasien yang tergesa-gesa& tidak sabar dalam mengantri di apotek bs menyebabkan terjadinya kesalahan pemberian obat,dan bisa terjadi pasien	100%

					mengambil obat yang bukan miliknya karena kesalahan mendengar saat dipanggil namanya. Untuk petugas yg dinas siang & malam juga tidak ada system cross check krn jg sndirian	
		3.Kepuasan pelanggan	80%	79,60%	Masih terjadi antrian panjang saat pengambilan obat menyebabkan kurangnya kepuasan pelanggan.Ant rian terjadi karena loket obat masih menjadi satu,serta untk yg dinas siang&malam masih jg sendirian	80%
		4.Penulisan resep sesuai formulasi	80%	89%	Masih terdapat penulisan resep yg tidak sesuai Formas.Hal tersebut terjadi karena ada beberapa obat yg sangat diperlukan oleh pasien tetapi tidak termasuk di dalam daftar Formas,serta tidak tersedia dalam bentuk sediaan generic yang sesuai dftr Formas	95%

					sehingga di gantikan dengan obat generic berlogo.	
11	Gizi	1.Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	90%	90%	-	90%
		2.Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	-20%	≤30%	-	≤20%
		3.Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	-	100%
12	Transfusi Darah	1.Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	99,89%	Kadang ada stok golongan yang kosong dan harus menunggu pendonor.	100%
		2.Kejadian reaksi transfusi	-	0%		0%
13	Pelayana n Gakin	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	-	100%
14	Rekam medik	1.Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	89%	-Rekam medik rawat jalan sudah kembali ke ruangan rekam medic dalam 24 Jam dan terisi	100%
		2.Kelengkapn informed concent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	75%	-Kondisi tempat pendaftaran yang kurang nyaman sehingga informasi yang petugas dapatkan dari pasien kurang jelas	90%
		3.Waktu penyediaan doumen rekam medik	-5menit, +90%	>5menit, 70%	SDM Masih Kurang & tergantung jaringan(SIMR	85%

		pelayanan rawat jalan			S)	
		4.Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	-15menit, +80%	>15 menit, 80%	Banyak Form rawat Inap yang di isi, TPPRI kurang standar, dan data dari keluarga pasien kurang jelas sehingga komunikasi lambat.	95%
15	Pengolahan Limbah	1.Baku mutu limbah cair	100%	80%	Pemeriksaan baku mutu baru ada	100%
		2.Pengolahan ;limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	0%	Belum kerjasama dengan pihak ke-3(tiga)	100%
16	Administ rasi manajem en	1.Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat pimpinan	100%	30%	-Terkendala dengan pendanaan	50%
		2.Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%		-Tugas rangkap	
		3.Ketepatan waktu pengurusan kenaikan pangkat	100%	20%	Kerjasama dengan keuangan	100%
		4.Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	100%	-	100%
		5.Karyawan yang mendapat pelatihanmini mal 20jam pertahun	>60%	90%	-	100%
		6.cost recovery	>40%	5%	Terkendala pendanaan	-
		7.Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	99%	-	100%

		8.Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	<2 Jam	20%	Untuk masing-masing ruangan sering terlambat	100%
		9.Ketepatan waktu pemberian imbalah(intensi f) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	Untuk pasien umum dan kelas 3 tidak ada masalah, Namun BPJS Kesehatan tergantung Transfer	100%
17	Ambulan ce/Keret a Jenazah	1.Waktu pelayanan ambulane/kere ta jenazah	24 Jam	24 Jam	On Call	24 Jam
		2.Kecepatan memberikan pelayan ambulance/ker eta jenazah	30 Menit, 100%	100%	80%	<30 menit
18	Pemulas an Jenazah	Waktu tanggab pemulasan Jenazah	<2 Jam,>90 %	80%		100%
19	Pelayana n pemeliha raan Sarana Rumah sakit	1.Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤15 Menit, >80%	< 5 menit	Laporan Usur Ke Bidang Penunjang	100%
		2.Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	80%		100%
		3.Peralatan laboratorium (alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	80%	LPFK(Kalibrasi)	100%
20	Pelayana n Laundry	1.Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%		100%
		2.Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap	100%	805	Penyediaan barang habis pakai seperti sabun sering terjadi keterlambatan	100%
21	Pencegah an dan pengend	1.Tersedianya anggota Tim PPI yang	75%	75%	IPCN 2 Orang, IPCD 0 Orang, PPI Dasar	100%

	alian infeksi	terlatih			berupa 14 house training 8 orang, dan PP Lanjut 1 orang.	
		2.Ketersediaan APD(Alay Pelindung Diri)	75%	75%		100%
		3.Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75%	75%		100%

P. BUPATI BARITO KUALA, 
MUJIYAT