

**PERATURAN BUPATI SIMEULUE
NOMOR 36 TAHUN 2013**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIMEULUE**

**BISMILLAHIRRAHMANIRAHIM
DENGAN NAMA ALLAH YANG MAHA PENGASIH LAGI MAHA PENYAYANG
ATAS RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA**

BUPATI SIMEULUE,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
 - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
 - c. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, b, dan c perlu menetapkan Peraturan Bupati Simeulue tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
 2. Undang-Undang Nomor 48 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Bireuen dan Kabupaten Simeulue (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 176, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3897);

3. Undang-Undang.....

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
11. 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);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
14. Peraturan.....

14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
15. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4614);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten Kab/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89);
18. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan: **PERATURAN BUPATI SIMEULUE TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIMEULUE.**

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Simeulue.
2. Bupati adalah Bupati Simeulue.
3. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
4. Pemerintah.....

4. Pemerintah Daerah adalah Bupati Simeulue dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
5. Direktur adalah Direktur BLUD RSUD Simeulue.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan dan pelayanan rujukan.
7. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue kepada masyarakat.
8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
9. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
10. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
11. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
12. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
13. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
14. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
15. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
16. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
17. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
18. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai
19. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

(2) Standar.....

- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI),
BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan.
- (2) Jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue meliputi :
1. Pelayanan Gawat Darurat;
 2. Pelayanan Rawat Jalan;
 3. Pelayanan Rawat Inap;
 4. Pelayanan Obstetry dan Ginekologi;
 5. Pelayanan Bedah;
 6. Pelayanan Penyakit Dalam;
 7. Pelayanan Kesehatan Anak;
 8. Pelayanan Kesehatan Jiwa;
 9. Pelayanan Penyakit Paru;
 10. Pelayanan Perinatologi;
 11. Pelayanan Intensif;
 12. Pelayanan Radiologi;
 13. Pelayanan Laboratorium;
 14. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
 15. Pelayanan Farmasi;
 16. Pelayanan Gizi;
 17. Pelayanan Transfusi Darah;
 18. Pelayanan Rekam Medik;
 19. Pengelolaan Limbah;
 20. Pelayanan Administrasi Manajemen;
 21. Pelayanan Ambulance;
 22. Pelayanan Jenazah;
 23. Pelayanan Laundry;
 24. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 25. Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Bagian kedua
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(2) Direktur.....

- (2) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Penyelenggaraan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan oleh tenaga yang memiliki kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian kesatu Pembinaan

Pasal 7

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

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilaksanakan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue

Pasal 9

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

Pasal.....

Pasal 10

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

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue .

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sinabang
pada tanggal 27 Desember 2013 M
24 Safar 1434 H

BUPATI SIMEULUE,

dto

RISWAN. NS

Diundangkan di Sinabang
pada tanggal 27 Desember 2013 M
24 Safar 1434 H

SEKRETARIS DAERAH

dto

NASKAH BIN KAMAR

LEMBARAN DAERAH KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2013 NOMOR 36

LAMPIRAN I - PERATURAN BUPATI SIMEULUE

NOMOR : 36 TAHUN 2013

TANGGAL: 27 DESEMBER 2013 M

24 SAFAR 1434 H

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Nilai	Batas Waktu Pencapaian
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Petugas pelayanan gawat darurat yang bersertifikat ATLS/BTLS /ACLS/PPGD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat 6. Kepuasan pelanggan 7. Kematian pasien \leq 24 jam di IGD	100 % 24 jam 100 % 1 tim \leq 5 menit \geq 70 % \leq 2 %	Tiga tahun Satu tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Empat tahun
2	Rawat jalan	1. Petugas pelayanan di klinik spesialis 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan 3. Ketersediaan Pelayanan di Ruang Rawat Jiwa 4. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan 5. Waktu tunggu di rawat jalan. 6. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	100 % 100 % 100 % 100 % \leq 60 menit \geq 90 %	Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Petugas pelayanan di Rawat inap 2. Dokter penanggung jawab pasien 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, Paru, Jiwa) 4. Jam visite dokter spesialis 5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian 6. Kematian $>$ 48 jam 7. Kejadian pulang paksa 8. Kepuasan pelanggan	100 % 100 % 100 % 100 % 100 % \leq 0,24 % \leq 5 % \geq 90 %	Satu tahun Tiga tahun Satu tahun Dua tahun Lima tahun Empat tahun Lima tahun Lima tahun
4	Pelayanan Bedah	1. Waktu tunggu operasi elektif 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 pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	\leq 2 Hari \leq 1% 100 % 100 % 100 % 100 % \leq 6 %	Tiga tahun Tiga tahun Dua tahun Satu tahun Dua tahun Satu tahun Dua tahun
5	Pelayanan persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan \leq 1% Eklamsi \leq 30 % Sepsis \leq 0,2 %	Satu tahun

		<p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal.</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>5. Pelayanan persalinan melalui Sectio Caesarea (SC).</p> <p>6. Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1500-2500 gram</p> <p>7. Keluarga Berencana</p> <p>a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh Tenaga Kompeten dr.Sp.OG, dr. Sp.B, dr. SP.U, dr. Umum terlatih</p> <p>b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih</p> <p>8. Kepuasan Pelanggan</p>	<p>Partus lama $\leq 20\%$</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>$\leq 20\%$</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>$\geq 80\%$</p>	<p>Satu tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Empat tahun</p> <p>Empat tahun</p> <p>Tiga tahun</p> <p>Tiga tahun</p> <p>Tiga tahun</p>
6	Pelayanan Intensif	<p>1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam</p> <p>2. Petugas pelayanan Intensif</p>	<p>$\leq 5\%$</p> <p>$\geq 90\%$</p>	<p>Tiga tahun</p> <p>Tiga tahun</p>
7	Radiologi	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax.</p> <p>2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen</p> <p>3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>≤ 3 jam</p> <p>100 %</p> <p>$\leq 2\%$</p> <p>$\geq 80\%$</p>	<p>Dua tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Tiga tahun</p> <p>Tiga tahun</p>
8	Laboratorium	<p>1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 90 menit.</p> <p>2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK</p> <p>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>$\geq 90\%$</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>$\geq 80\%$</p>	<p>Tiga tahun</p> <p>Lima tahun</p> <p>Satu tahun</p> <p>Tiga Tahun</p>
9	Rehabilitasi Medik	<p>1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.</p> <p>2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik</p> <p>3. Kepuasan Pelanggan</p>	<p>$\leq 50\%$.</p> <p>100 %</p> <p>$\geq 80\%$</p>	<p>Empat tahun</p> <p>Empat tahun</p> <p>Empat tahun</p>
10	Farmasi	<p>1. Waktu tunggu pelayanan</p> <p>a. Obat jadi</p> <p>b. Obat racikan</p> <p>2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</p> <p>3. Penulisan resep sesuai formularium</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>≤ 30 menit</p> <p>≤ 60 menit</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>$\geq 80\%$</p>	<p>Dua Tahun</p> <p>Dua Tahun</p> <p>Dua Tahun</p> <p>Dua Tahun</p>
11	Gizi	<p>1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</p> <p>2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</p> <p>3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</p>	<p>$\geq 90\%$</p> <p>$\leq 20\%$</p> <p>100 %</p>	<p>Satu Tahun</p> <p>Satu Tahun</p> <p>Satu Tahun</p>

12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi tranfusi	100 % $\leq 0,01$ %	Dua tahun Dua tahun
13	Pelayanan JKN	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	Dua tahun
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit	100 % 100 % ≥ 90 % ≥ 80 %	Dua tahun Dua tahun Dua tahun Dua tahun
15	Pengolahan limbah	1. Baku mutu limbah cair : BOD COD TSS pH 2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l 6 – 9 100 %	Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun
16	Administrasi manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10/bulan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap diluar program JKN 9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif)	100 % 100 % 100% 100% ≥ 60 % ≥ 40 % 100 % ≤ 2 jam 100 %	Satu tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun Tiga tahun Lima tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun
17	Pelayanan ambulance	1. Waktu pelayanan ambulance jenazah. 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit	24 jam ≤ 30 menit	Satu tahun Satu tahun
18	Pelayanan jenazah	Waktu tanggap pelayanan jenazah	≤ 2 jam	Satu tahun
19	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	≥ 80 % 100 % ≥ 50 %	Satu tahun Satu tahun Satu tahun
20	Pelayanan	1. Tidak adanya kejadian linen yang	100 %	Satu tahun

	Loungdry	hilang. 2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam	100 %	Satu tahun
--	----------	---	-------	------------

BUPATI SIMEULUE,

RISWAN. NS

LAMPIRAN II -PERATURAN BUPATI SIMEULUE

NOMOR : 36 TAHUN 2013

TANGGAL: 27 DESEMBER 2013 M
24 SAFAR 1434 H**I. Pelayanan Gawat Darurat****1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa**

Judul	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 setiap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah komulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah harian dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

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

Judul	Memberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat Keselamatan BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat darurat
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim Penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu / Panitia mutu

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat (minimal $n = 50$)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu / Panitia mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 Jam adalah kematian yang terjadi dalam priode 24 jam sejak pasien dating
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam priode ≤ 24 Jam sejak pasien dating
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2/1000$
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Klinik oleh tenaga Spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik Spesialis adalah pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalm satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis Pelayanan rawat jalan spesialisik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan dirumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis Pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan dirumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan psikotik c. Gangguan neurotic d. Mental organic
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Buku pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jumat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

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

6. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

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

7. Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis follow up pengobatan pasien

	tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan. register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Instansi Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D-3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat jalan

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

Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap
-----------------------------------	-----------------------------

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

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

4. Jam visite dokter spesialis

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

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

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

Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien di rawat dalam bulan tersebut di kurang jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

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

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

7. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung Jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

8. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap

Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasa dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≤ 90 %
Penanggung Jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga tahun
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

10. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan Jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit Jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit Jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap Rumah Sakit Jiwa
Denominator	Tidak ada

Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan psikotik c. Gangguan neurotik d. Gangguan organik
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

11. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Komite Medik/Mutu

12. Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan

Judul	Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi Mutu	Keselamatan Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Komite Medik/Mutu

13. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
-------	---

Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung Jawab	Komite Medik/Mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

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

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel even
Periode Analisis	Tiap bulan dan sentinel even
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien

Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul data	Ketua Instansi Bedah Sentral

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

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

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel even
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel even
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instansi Bedah Sentral/Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operai yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel even
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel even
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instansi Bedah Sentral/Komite Medik

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel even
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel even
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instansi Bedah Sentral/Komite Medik

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

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selam proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel even
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel even
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instansi Bedah Sentral/Komite Medik

V. Persalinan dan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan anak)

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan khusus
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik >160 mmHg dan diastolic > 110mmHg • Protein Uria > gr/24 jam 3+/4 pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklamsia adalah tanda pre-eklamsia yang disertai dengan kejang atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklamsia/eklamsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis
Sumber data	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Perdarahan $\leq 1\%$, Pre-eklamsia $\leq 30\%$, Spsis $\leq 0,2\%$
Penanggung Jawab	Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan penyulit
-------	--

Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal oleh dokter Sp.OG, dokter umum terlatih, bidan dan perawat terlatih Penyulit dalam persalianan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklamsia dan pre-eklamsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab	Komite Mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

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

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam maenagani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 1500 – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis

Standar	100 %
Penanggung Jawab	Komita medik/Komite Mutu

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

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

7. a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga berencana
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 yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medis dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	Direktur Pelayanan Medik

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 yang mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling pelayan KB mantap

Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit pelayan KB
Standar	100 %
Penanggung Jawab pengumpul 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 minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\leq 80 \%$
Penanggung Jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruangan rawat dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Pasien kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruangan intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medic
Standar	$\leq 3 \%$
Penanggung Jawab	Komite Mutu/Mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayan intensif adalah dokter Sp. An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan setifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

Data	
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan setifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Komite Mutu/Mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax foto dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk mamastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksa foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di intalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksa foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\leq 80 \%$
Penanggung Jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

VIII. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pemeriksaan ekspertisi laboratorium adalah spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis potologi klinik dalam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

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

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan / tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogramkan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi

Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medic
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

X. FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≥ 30 menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

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

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah pasien seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan pelanggan

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

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan dirumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

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

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa amakanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 20 \%$
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %

Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
------------------	---

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Yang Bertanggung Jawab Terhadap Pengelolaan Bank Darah

2. Kejadian reaksi transfuse darah

Judul	Kejadian reaksi transfuse darah
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya Manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akit golongan darah tidak sesuai atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq 0,01$ %
Penanggung Jawab	Kepala UTD

XIII. PELAYANAN GAKIN

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

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

	satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Direktur Rumah Sakit

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

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

2. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Definisi Operasional	Informed consent adalah sesuatu yang diberikan pasien/keluarga pasien atas penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. waktu rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil Survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	Rata-rata ≤ 10 menit
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medic

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia dibangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil Survey pengamatan diruan pendaftaran rawat jalan
Standar	Rata-rata ≤ 15 menit
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medic

XV. PEGELOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator: BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan

Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala IPRS

2. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahah-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit/dapat mencedraai, antara lain <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa Bekas 4. Sisa Jaringan Pengelolaan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengelolaan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasi pengamatan
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

XVI. Administrasi Manajemen

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi

Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana starategik bisnis rumah sakit, dan indicator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu bulan
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Direktur Rumah Sakit

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efesiensi, 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 Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No.8/1974, UU No 43/1999
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab	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	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	$\geq 60 \%$
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektif
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan 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 Bag Kepegawaian
Standar	$\geq 40 \%$
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan Waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikut dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	$\geq 40\%$
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	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≥ 2 Jam
Penanggung Jawab	Kepala Bagian keuangan

9. Ketepatan pemberian waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan pemberian waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Intensif 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 intensif
Denominator	Jumlah bulan pemberian intensif
Sumber data	Catatan dibagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala 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 yang memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
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	Penanggung Jawab Ambulance

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah dirumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan dalam memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien dirumah 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

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 dari 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	

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	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam memperbaiki kerusakan 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 25 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. Kecepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Kecepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, 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 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 efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

Data	
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku Register
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUDRY

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 dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Buku Register
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 DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
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 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %
Penanggung Jawab	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD disetiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, Tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepat boots
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instansi di RS
Sumber data	Survey
Standar	60 %
Penanggung Jawab	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS
Dimensi Mutu	Kamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial 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 instansi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75 %
Penanggung Jawab	Tim PPI RS

4. Kejadian infeksi pasca operasi

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

BUPATI SIMEULUE,

RISWAN. NS

Sukardi Sugeng Rahmad

08886733220

082135057811

indratino@yahoo.com

