



BUPATI TANA TORAJA
PROVINSI SULAWESI SELATAN
PERATURAN BUPATI TANA TORAJA

NOMOR **53** TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAKIPADADA
KABUPATEN TANA TORAJA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TANA TORAJA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Lakipadada diperlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 - b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (1) dan ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Standar Pelayanan Minimal diatur dengan peraturan kepala daerah;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lakipadada Kabupaten Tana Toraja;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

4. 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);
5. 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 4585);
6. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
8. Peraturan Daerah Kabupaten Tana Toraja Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tana Toraja Tahun 2016 Nomor 10) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tana Toraja Nomor 4 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Tana Toraja Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tana Toraja Tahun 2022 Nomor 4);
9. Peraturan Bupati Tana Toraja Nomor 26 Tahun 2023 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Lakipadada Pada Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kabupaten Tana Toraja Tahun 2023 Nomor 26);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAKIPADADA KABUPATEN TANA TORAJA.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Tana Toraja.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Tana Toraja.
4. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah Perangkat Daerah yang menangani urusan pemerintahan daerah di bidang Kesehatan.
5. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Lakipadada Kabupaten Tana Toraja yang selanjutnya disebut RSUD Lakipadada adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Tana Toraja.
7. Direktur Rumah Sakit adalah Direktur RSUD Lakipadada sekaligus sebagai Pemimpin BLUD.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Lakipadada Kabupaten Tana Toraja kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Standar Pelayanan Minimal selanjutnya disingkat 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 tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Lakipadada kepada masyarakat.
10. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD Lakipadada kepada masyarakat.
11. Mutu Pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pada layanan 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.
12. 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 (*World Health Organization*).
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
14. 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 tolok ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur

- terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
 16. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
 17. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
 18. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
 19. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
 20. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
 21. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
 22. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
 23. Satuan Pengawas internal adalah satuan pengawasan dibentuk untuk membantu terselenggaranya pengawasan terhadap pelaksanaan tugas RSUD.
 24. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
 25. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD Lakipadada Kabupaten Tana Toraja dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Lakipadada mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan, peningkatan serta upaya rujukan.

- (2) Jenis Pelayanan RSUD Lakipadada sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Pelayanan Gawat Darurat;
 - b. Pelayanan Rawat Jalan;
 - c. Pelayanan Rawat Inap;
 - d. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
 - e. Pelayanan Bedah;
 - f. Pelayanan Intensif;
 - g. Pelayanan Radiologi;
 - h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
 - i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
 - j. Pelayanan Farmasi;
 - k. Pelayanan Gizi;
 - l. Pelayanan Transfusi Darah;
 - m. Pelayanan Keluarga Miskin;
 - n. Pelayanan Rekam Medik;
 - o. Pelayanan Pengelolaan 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 Kedua

Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM

Pasal 4

- (1) Indikator, Standar dan Batas Waktu Pencapaian SPM tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati Ini.
- (2) Uraian SPM tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati Ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD Lakipadada yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD Lakipadada bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan 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 peraturan perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Lakipadada menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Lakipadada menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

- (1) Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM.
- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati dibantu Pembina dan Pengawas BLUD RSUD Lakipadada.
- (3) Pembina dan Pengawas BLUD RSUD Lakipadada sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
 - a. Pembina teknis dan Pembina keuangan;
 - b. Satuan Pengawas Internal; dan
 - c. Dewan Pengawas.
- (4) Pembina teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a yaitu kepala PD yang bertanggungjawab atas urusan pemerintahan daerah bidang Kesehatan.
- (5) Pembina keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

Pasal 8

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (3) huruf b, dapat dibentuk oleh Pimpinan untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkedudukan langsung di bawah Direktur RSUD Lakipadada.
- (3) Satuan Pengawas Internal Bersama-sama jajaran manajemen RSUD Lakipadada melakukan pengendalian internal.
- (4) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (3) huruf c, dapat dibentuk oleh Bupati.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan oleh BLUD, dalam hal memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.

Pasal 10

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dibebankan pada belanja operasional RSUD Lakipadada yang ditetapkan dalam RBA RSUD Lakipadada.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

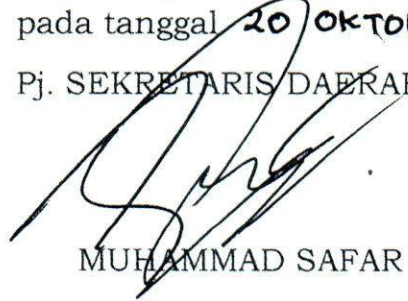
Ditetapkan di Makale
pada tanggal **20 OKTOBER 2023**

BUPATI TANA TORAJA, 


THEOFILUS ALLORERUNG

Diundangkan di Makale
pada tanggal **20 OKTOBER 2023**

Pj. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TANA TORAJA,


MUHAMMAD SAFAR

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI TANA TORAJA
 NOMOR 53 TAHUN 2023
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
 DAERAH KABUPATEN TANA TORAJA

Indikator, Standar (Nilai) dan Batas Waktu Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Setiap Jenis Pelayanan

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani <i>Life saving</i> di Gawat Darurat	100%	1 tahun
		Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	1 tahun
		Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/GELS	100%	5 tahun
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tahun
		Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	1 tahun
		Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 70%	1 tahun
		Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2 perseribu	1 tahun
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	1 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% Dokter Spesialis	1 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	1 tahun
		Ketersediaan Jam Buka Pelayanan	• Hari Senin-Kamis jam 08.00 s/d 13.00 • Hari Jum'at : 08.00 - 11.00 • Hari Sabtu jam 08.00 – 12.00	1 tahun
		Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	5 tahun
		Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan	≥ 90%	1 tahun
		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	1 tahun
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60%	1 tahun

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
3	Pelayanan Rawat Inap	Pemberi pelayanan di rawat inap	a. Dokter Spesialis	1 tahun
			b. Perawat (minimal pend. D3)	1 tahun
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	1 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat inap	100% Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah	1 tahun
		Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 - 14.00 setiap hari kerja	1 tahun
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	1 tahun
		Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100%	1 tahun
		Kematian pasien > 48 jam	< 0,24 %	5 tahun
		Kejadian pulang paksa	≤ 5%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	1 tahun
		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	1 tahun
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB	≥ 60%	1 tahun
4	Pelayanan Bedah	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 tahun
		Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	1 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	1 tahun
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi & salah penempatan anestesi endotracheal tube)	≤ 6%	1 tahun

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan $\leq 1\%$, Pre-eklamsia $\leq 30\%$, Sepsis $\leq 0,2\%$	5 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG; Dokter umum terlatih; Bidan	5 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	2 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dokter Sp. OG; Dokter Sp. A, Dokter Sp. An	2 tahun
		Kemampuan menangani BBLR (1500 g – 2500 g)	100%	4 tahun
		Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	$\leq 20\%$	5 tahun
		a. Pelayanan KB mantap	dr. Sp. OG	2 tahun
		b. Konseling KB mantap	bidan terlatih	
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	2 tahun
6	Pelayanan Intensif	Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus sama < 72 jam	$\leq 3\%$	3 tahun
		Pemberi pelayanan unit intensif	100% Dokter Sp. An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara	3 tahun
7	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	3 tahun
		Pelaksana ekspertise	Dokter Sp. Rad	1 tahun
		Kejadian kegagalan pelayanan rontgen, kerusakan foto	$\leq 2\%$	5 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	2 tahun
8	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium, kimia darah & darah rutin cito	≤ 120 menit	2 tahun
		Pelaksana ekspertise	100 % Dokter Sp. PK	1 tahun
		Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	3 tahun

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%	3 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rahabilitasi medik	100%	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	2 tahun
10	Pelayanan Farmasi	Waktu tunggu pelayanan		
		- Resep obat jadi	≤ 30 menit	3 tahun
		- Resep obat racikan	≤ 60 menit	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	3 tahun
11	Pelayanan Gizi	Penulisan resep sesuai formularium	≥ 95%	2 tahun
		Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	2 tahun
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	4 tahun
12	Pelayanan Transfusi Darah	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 95%	2 tahun
		Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	4 tahun
		Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	4 tahun
13	Pelayanan Pasien Miskin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	1 tahun
14	Pelayanan Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	5 tahun
		Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapat informasi yang jelas	100%	2 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Rerata ≤ 10 menit	2 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Rerata ≤ 15 menit	2 tahun

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
15	Pelayanan Pengelolaan Limbah	Baku mutu limbah cair :		
		BOD	< 30 mg/l	2 tahun
		COD	< 80 mg/l	2 tahun
		TSS	< 30 mg/l	2 tahun
		pH	6 – 9	2 tahun
		Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	1 tahun
16	Administrasi dan manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	3 tahun
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	2 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	3 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala	100%	2 tahun
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 50%	5 tahun
		Cost recovery meningkat	≥ 80%	1 tahun
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	2 tahun
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	3 tahun
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	2 tahun
17	Pel. Ambulance/ Kereta Jenasah	Waktu pelayanan ambulans/ kereta jenazah di RS	24 jam	5 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ kereta jenazah di RS	24 jam	5 tahun
18	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	1 tahun
19	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	2 tahun
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	2 tahun

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
20	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%	2 tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	5 tahun
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu	100%	5 tahun
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	5 tahun
		Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	≥ 60%	1 tahun
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health care associated infection) di RS	≥ 75%	1 tahun

BUPATI TANA TORAJA,


 / THEOFILUS ALLORERUNG

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI TANA TORAJA
NOMOR 53 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH LAKIPADADA
KABUPATEN TANA TORAJA.

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. Pelayanan Gawat Darurat.

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik di Instalasi Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan IGD

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan IGD

3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat
BLS/ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD/GELS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada Instalasi gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD/GELS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/ATLS/ BTLS/ ACLS/PPGD/GELS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber data	Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Pengembangan & Pengendalian SDM dan Kepala Ruangan IGD

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 Ruangan IGD

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, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di Gawat Darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan IGD

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 disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan IGD dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

7. Kematian pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat.

Judul	Kematian pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq$ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan IGD

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan IGD

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

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

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit minimal 4 spesialistik dasar (kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab Poliklinik

3. Jam Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Jam Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis pada : Hari Senin-Kamis jam 08.00 s/d 13.00 Hari Jum'at : 08.00-10.30 Hari Sabtu jam 08.00 – 11.30
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 bulan
Sumber data	Register Rawat Jalan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab Poliklinik

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

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

5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab Poliklinik dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

6. a). Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis

Judul	Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB pada pasien rawat jalan di RS dalam waktu 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB pada pasien rawat jalan di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab Poliklinik dan Pengelola Data TB RS

- b). Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Register rawat jalan, Rekam Medik
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab Poliklinik dan Pengelola Data TB RS

C. 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 D3)
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	Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan 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 tirah baring di rumah sakit.
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	100% Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
-------	-----------------------------

Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit 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 analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite Pencegahan dan Pengendali Infeksi

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
-------	-----------------------------------

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, Laporan Infeksi Nosokomial Ruang Rawat Inap
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien Ruang Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruang Rawat Inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif

Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24\%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap

9. 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 seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
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	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

11. a). Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis

Judul	Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB pada pasien rawat inap di RS dalam waktu 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB pada pasien rawat inap di RS dalam waktu 3 bulan
Sumber data	Register rawat inap
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap & Pengelola Data TB RS

b). Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS

Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Register rawat inap, Berkas Rekam Medik
Standar	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rawat Inap & Pengelola Data TB RS

D. BEDAH

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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	Berkas Rekam Medik
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Kamar Operasi

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien

Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medik, Laporan Keselamatan Pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Kamar Operasi

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medik, Laporan Keselamatan Pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruang Kamar Operasi

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien

Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medik, Laporan Keselatanan Pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Kamar Operasi

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Kamar Operasi

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	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian di mana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu waktu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Kamar Operasi

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

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Kamar Operasi

E. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR 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 persalinan
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, partus lama, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi 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 dua dari tiga tanda, yaitu : ▪ Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg ▪ Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif ▪ Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah partus dengan Kala II lebih dari 10 jam tanpa komplikasi.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Berkas Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1\%$, pre-eklampsia $\leq 30\%$, Sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Obgyn

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Obgyn

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Data SDM, Berkas Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Obgyn

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Data SDM pada
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Obgyn

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 menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Berkas Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan NICU

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien

Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Obgyn

7. a). Keluarga Berencana Mantap

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 mantap
Sumber data	Berkas Rekam Medis dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggung jawab PKBRS

7.b). Konseling KB mantap

Judul	Konseling KB 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	Penanggung jawab PKBRS

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	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Obgyn dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

F. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Berkas Rekam Medis

Standar	≤ 3 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan ICU

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Data SDM pada Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan ICU

G. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi Radiologi
Standar	≤ 3 jam

Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Radiologi
-----------------------------------	--------------------------

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan 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 pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan 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	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Radiologi dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

H. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan 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 Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Laboratorium dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

I. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Register Pasien Rehabilitasi Medik
Standar	$\leq 50 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan 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 dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Register Pasien Rehabilitasi Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rehabilitasi Medik dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

J. 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	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi

1. 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 racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi

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 seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	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 (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi dan Tim Survei Kepuasan Masyarakat/ Pelanggan

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi

K. 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 penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisisen
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan

Sumber data	Survei
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

L. 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	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Ruangan UTDRS

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada Unit Transfusi Darah
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Ruangan UTDRS

M. PELAYANAN GAKIN

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

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin/ pasien miskin pemegang kartu BPJS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rekam Medik

N. 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 lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rekam Medik

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik operatif yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang 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	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

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

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

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

Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei
Standar	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan Rekam Medik

O. Pengolahan limbah

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang 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	Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan

Pengumpulan Data	
------------------	--

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah 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 yang berlaku
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang diproses sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan

P. ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Administrasi Umum

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 atau 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 dilakukan 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 Pengumpulan Data	Kepala Bagian Administrasi Umum

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 Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM

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	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 Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM

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 per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM

6. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
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 Bagian Keuangan dan Pelaporan
Standar	≥ 40 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Pelaporan

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	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bagian Keuangan dan Pelaporan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Pelaporan

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 Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Pelaporan

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
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Pelaporan

Q. 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 Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Sopir

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 Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Sopir

R. 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 Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Kamar Jenazah

S. 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 Pengumpulan Data	Penanggung jawab IPSRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan 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 Pengumpulan Data	Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan, Sarana dan Prasarana

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 data	1 tahun
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 Pengumpulan Data	Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan, Sarana dan Prasarana

T. 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 bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggung Jawab 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 Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Laundry

U. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

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	Anggota Tim PPI yang terlatih 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 sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Sub Bagian Pengembangan dan Pengendalian SDM
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

2. Ketersediaan 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	Survei
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (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	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan Kepala Ruangan Perawatan

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BUPATI TANA TORAJA,



THEOFILUS ALLORERUNG