



BUPATI BARRU
PROVINSI SULAWESI SELATAN
PERATURAN BUPATI BARRU
NOMOR 62 TAHUN 2017

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BARRU KABUPATEN BARRU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI BARRU,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit maka Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat dengan Standar pelayanan minimal Rumah Sakit menjadi indikator utama dalam menilai layanan;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati Barru tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Barru;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);

Y.

2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438)
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. 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 beberap kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
9. 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);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By laws);
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes / SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
20. Peraturan Daerah Kabupaten Barru Nomor 06 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Barru.
21. Peraturan Bupati Barru Nomor 43 Tahun 2008 Tentang Uraian Tugas Pokok dan Fungsi RSUD Kab. Barru.

22. Peraturan Bupati Barru Nomor 60 Tahun 2017 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By laws) Badan Layanan Umum Daerah Barru RSUD Barru Berita Daerah Nomor 61.

Memutuskan

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BARRU KABUPATEN BARRU.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Barru.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonomi.
3. Bupati adalah Bupati Barru.
4. Rumah Sakit Umum Daerah adalah Rumah Sakit Umum daerah Barru yang selanjutnya disingkat RSUD Barru.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Barru kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Barru kepada masyarakat.
7. Badan Layanan Umum Daerah adalah Badan Layanan Umum Daerah Kabupaten Barru yang selanjutnya disingkat BLUD.
8. Pola Pengelolaan Keuangan adalah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Kabupaten Barru yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.

10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan. keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
12. Indikator Kinerja adalah variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
15. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
16. Periode Analis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
17. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
18. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
19. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
20. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan,



pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

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

BAB III

FUNGSI SPM

Pasal 3

SPM BLUD - RSUD berfungsi sebagai berikut :

- a. sebagai alat untuk menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai BLUD - RSUD sebagai penyedia kebutuhan pelayanan dasar bidang kesehatan kepada masyarakat;
- b. sebagai tolok ukur keberhasilan kinerja penyelenggaraan urusan wajib berkaitan dengan pelayanan dasar kesehatan kepada masyarakat;
- c. sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan dasar kesehatan kepada masyarakat berbasis anggaran kinerja;
- d. sebagai acuan prioritas perencanaan dan prioritas pembiayaan pada BLUD - RSUD;
- e. sebagai alat monitoring dan evaluasi bagi BLUD - RSUD dalam pelaksanaan urusan wajib bidang kesehatan.

BAB IV

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

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 4

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Barru mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (recovery)
- (2) Jenis pelayanan yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Barru sesuai kategori rumah sakit Tipe C meliputi kategori Pelayanan Medik, Pelayanan, kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, perawatan penunjang Klinik dan Non Klinik serta pelayanan rawat inap.

Pelayanan-pelayanan tersebut terbagi kedalam bentuk unit-unit pelayanan sebagai berikut;

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Pelayanan Bedah Sentral;
- e. Pelayanan Persalinan, KIA dan KB, Perinatologi
- f. Pelayanan Rawat Intensif;
- g. Pelayanan Laboratorium;
- h. Pelayanan Radiologi;
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
- j. Pelayanan Farmasi;
- k. Pelayanan Gizi;
- l. Pelayanan Bank Darah;
- m. Pelayanan Rekam Medik;
- n. Pelayanan Sterilisasi sentral (CSSD);
- o. Pelayanan Laundry;
- p. Pelayanan Ambulance;
- q. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- r. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRs);
- s. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
- t. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
- u. Pengelolaan Limbah;
- v. Pelayanan Keamanan Dalam (PKD)

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian Dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 5

- (1) Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V
PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan Pola PPK BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Rumah Sakit Umum Daerah Paling lambat 1 (satu) tahun menyusun Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 7

- (1) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 8

Mekanisme dan koordinasi pelaksanaan SPM BLUD - RSUD adalah sebagai berikut :

- a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM BLUD - RSUD dilaksanakan oleh pegawai sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan;
- b. BLUD - RSUD melakukan sosialisasi standar pelayanan yang telah ditetapkan/ dicapai serta mengembangkan standar-standar teknis pelayanan;



- c. Direktur membentuk Tim Evaluasi SPM BLUD - RSUD;
- d. Tim Evaluasi SPM melakukan survey kepuasan masyarakat secara periodik dan teratur terhadap hasil pelaksanaan SPM BLUD - RSUD;
- e. Tim Evaluasi melakukan monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan terhadap kinerja BLUD - RSUD dan melaporkan hasilnya kepada Direktur.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian kesatu

Pembinaan

Pasal 9

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

Bagian kedua

Pengawasan

Pasal 10

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pemeriksa Internal.
- (2) Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah.

Pasal 11

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.



- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 12

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

BAB VIII PEMBIAYAAN

Pasal 13

Sumber pembiayaan pelaksanaan kegiatan untuk pencapaian target SPM BLUD - RSUD dibebankan kepada Anggaran BLUD - RSUD dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VIII
PENUTUP

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Barru

Pada tanggal 27 Desember 2017


BUPATI BARRU,


SUARDI SALEH

Diundangkan di Barru

Pada tanggal 27 Desember 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BARRU,


NASRUDDIN ABDUL MUTTALIB

BERITA DAERAH KABUPATEN BARRU TAHUN 2017 NOMOR 63



LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BARRU**NOMOR : 62 Tahun 2017****TANGGAL: 27 Desember 2017****INDIKATOR, STANDAR (NILAI) DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN**

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving. 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat. 3. Pemberian Pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS / BTLS / ACLS / PPGD. 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat \leq 5 menit. 6. Kepuasan pelanggan gawat darurat. 7. Kematian pasien \leq 24 jam di gawatdarurat. 8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka.	1. 100%. 2. 24 Jam. 3. 100%. 4. 1 Tim. 5. \leq 5Menit. 6. \geq 70%. 7. \leq 0.2% (2/1000) 8. 100%.	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberian pelayanan di klinik spesialis. 2. Ketersediaan	1. 100%. 2. a. Poliklinik	1 Tahun 1 Tahun

	<p>pelayanan Medik Umum dan Spesialis Dasar di Rawat Jalan</p>	<p>Kesehatan Anak.</p> <p>b. Poliklinik Penyakit dalam.</p> <p>c. Poliklinik Kebidanan & KIA/ KB.</p> <p>d. Poliklinik Bedah.</p> <p>e. Poliklinik Umum.</p> <p>f. Poliklinik Gigi.</p>	
	<p>3. Ketersediaan Pelayanan Medik Spesialis Lain</p>	<p>3. Poliklinik Mata/ THT/ Kulit- Kelamin/ Saraf/ Jiwa/ Gizi/ Gigi Spesialis</p>	<p>1 Tahun</p>
	<p>4. Jam Buka Pelayanan</p>	<p>4. Setiap hari kerja 08.00 s/d 14.00 kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00.</p>	<p>1 Tahun</p>
	<p>5. Waktu tunggu dirawat jalan.</p>	<p>5. ≤ 60 menit</p>	<p>1 Tahun</p>
	<p>6. Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat jalan.</p>	<p>6. $\geq 90\%$.</p>	<p>1 Tahun</p>
	<p>7. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.</p>	<p>7. $\geq 60\%$.</p>	<p>1 Tahun</p>

		8. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit.	8. $\geq 60\%$.	1 tahun
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan dirawat inap.	1. Dokter dan perawat a. Dokter spesialis & dokter umum. b. Perawat dengan pendidikan minimal D3.	1 Tahun
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap.	2. 100%	1 Tahun
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	3. a. Anak. b. Penyakit Dalam. c. Bedah. d. Kebdann. e. Perslinn & Perintal. f. ICU.	1 Tahun
		4. Jam visite dokter spesialis.	4. 08.00 s/d 12.00 setiap hari kerja.	1 Tahun
		5. Kejadian infeksi pasca operasi.	5. $\leq 1,5\%$.	1 Tahun
		6. Angka kejadian infeksi berakiba Kecacatan/kematian	6. $\leq 1,5\%$.	1 Tahun
		7. Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat	7. 100%	1 Tahun

		kecacatan /kematian		
		8. Kematian pasien < 48 jam.	8. $\leq 0.24\%$	1 Tahun
		9. Kejadian pulang paksa.	9. $\leq 5\%$	1 Tahun
		10. Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat inap.	10. $\geq 90\%$	1 Tahun
		11. Rawat Inap TB	11.	
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.	a. $\geq 60\%$	1 Tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	b. $\geq 60\%$	1 Tahun
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi efektif.	1. ≤ 2 hari.	1 Tahun
		2. Kejadian kematian di meja operasi.	2. $\leq 1\%$.	1 Tahun
		3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi.	3. 100%.	1 Tahun
		4. Tidak ada kejadian operasi salah orang.	4. 100%.	1 Tahun
		5. Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi.	5. 100%.	1 Tahun
		6. Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi.	6. 100%.	1 Tahun
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis,	7. $\leq 6\%$.	1 Tahun

		reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.		
5	Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Pendarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$. c. Sepsis $\leq 0,2\%$.	1 Tahun
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2 a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (APN). c. Bidan.	1 Tahun
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.	3. Tim PONEK yang terlatih.	1 Tahun
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.	4. a. Dokter Sp.OG. b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	1 Tahun
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500 gr.	5. 100%.	1 Tahun
		6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria.	6. $\leq 20\%$.	1 Tahun
		7. Keluarga	7. 100%	1 Tahun

		<p>Berencana.</p> <p>a. Presentase KB (Vasektomi – Tubektomi) oleh tenaga kompeten.</p> <p>b. Presentase KB Mantap yang mendapat Konseling KB Mantap</p> <p>8. Kepuasan pelanggan dipelayanan persalinan</p>	<p>8. $\geq 80\%$</p>	<p>1 Tahun</p>
6	Pelayanan Rawat Intensif	<p>1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam.</p> <p>2. Pemberi pelayanan unit intensif.</p>	<p>1. $\leq 3\%$.</p> <p>2. a. Dokter Spesialis Sp.An dan Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani.</p> <p>b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara D4.</p>	<p>1 Tahun</p> <p>1 Tahun</p>

7	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	1. ≤ 140 menit (manual).	1 Tahun
		2. Pelaksana ekspertise	2. Dokter Spesialis Sp.PK	1 Tahun
		3. Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.	3. 100%.	1 Tahun
		4. Kepuasan pelanggan di pelayanan laboratorium.	4. $\geq 80\%$	1 Tahun
8	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto	1. ≤ 3 jam	1 tahun
		2. Pelaksana ekspertise	2. Dokter spesialis Sp.Rad	1 tahun
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	3. Kerusakan foto $\leq 2\%$	1 tahun
		4. Kepuasan pelanggan	4. $\geq 80\%$	1 tahun
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.	1. $\leq 50\%$	1 Tahun
		2. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik.	2. 100%.	1 Tahun
		3. Kepuasan pelanggan di pelayanan rehabilitasi medik.	3. $\geq 80\%$.	1 Tahun
10	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi.	1. ≤ 30 menit.	1 Tahun
		2. Waktu tunggu pelayanan obat	2. ≤ 60 menit.	1 Tahun

		racikan. 3. Tidak ada kesalahan pemberian obat. 4. Penulisan resep sesuai formularium. 5. Kepuasan pelanggan di pelayanan farmasi.	3. 100%. 4. 100%. 5. $\geq 80\%$	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
11	Pelayanan Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien. 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. 3. Tidak ada kesalahan pemberian diet.	1. $\geq 90\%$. 2. $\leq 20\%$. 3. 100%.	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
12	Pelayanan Bank Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi. 2. Kejadian reaksi transfusi.	1. 100%. 2. $\leq 0,01\%$	1 Tahun 1 Tahun
13	Pelayanan Rekam Medis	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan. 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas. 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan. 4. Waktu penyediaan dokumen rekam	1. 100%. 2. 100%. 3. Rata-rata \leq 10 menit. 4. Rata-rata \leq 15 menit	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun

		medik pelayanan rawat inap.		
14	Pelayanan Sterilisasi sentral (CSSD)	1. Tidak adanya kejadian alat/ instrument dan Linen yang tidak tersterilisasi dalam waktu > 24 jam. 2. Ketepatan waktu penyediaan alat/instrument steril dan linen steril	1. 100%. 2. 100%.	1 Tahun 1 Tahun
15	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang. 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan kamar operasi	1. 100%. 2. 100%.	1 Tahun 1 Tahun
16	Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah. 2. Kecepatan (respon time) memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSUD Barru. 3. Kecepatan (respon time) memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah oleh masyarakat yg membutuhkan.	1. 24 jam. 2. < 60 menit 3. < 120 menit	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
17	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah.	1. ≤ 2 jam.	1 Tahun

18	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS (IPSR)	1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	1. $\geq 80\%$.	1 Tahun
		2. Peralatan Medik (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	2. 100%.	1 Tahun
		3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat non medic /sarana	3. 100%.	1 Tahun
19	Pelayanan Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut hasil rapat direksi.	1. 100%.	1 Tahun
		2. Kelengkapan lap. Akuntabilitas kinerja.	2. 100%.	1 Tahun
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	3. 100%.	1 Tahun
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala.	4. 100%	1 Tahun
		5. Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun.	5. $\geq 60\%$.	1 Tahun
		6. Cost recovery.	6. $\geq 40\%$.	1 Tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	7. 100%.	1 Tahun
		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	8. ≤ 2 jam.	1 Tahun
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	9. 100%.	1 Tahun

		10. Tidak ada keharusan membayar uang muka di pel. Gawat darurat.	10. 100%.	1 Tahun
		11. Ketepatan buka pelayanan administrasi	11. 100%.	1 Tahun
20	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Tersedianya anggota tim Pencegahan/Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih.	1 75%.	1 Tahun
		2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri).	2. 60%.	1 Tahun
		3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit.	3. 75%.	1 Tahun
21	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair.	1. a. BOD <30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mgr/l d. pH 6-9	1 Tahun
		2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan.	2. 100%.	1 Tahun
22	Pelayanan Keamanan Dalam (PKD)	1. Terpenuhinya jumlah minimal staf pengamanan dalam terlatih yang bertugas pada unit rumah sakit	1. 100%	1. 1 tahun

		2. Pemantauan Keamanan RS secara berkala	2. 100%	2. 1 tahun
--	--	--	---------	------------

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BARRU
NOMOR : 62 Tahun 2018
TANGGAL : 27 Desember 2018

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD BARRU

1. Pelayanan Gawat Darurat

1.1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation (ABC)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan lifesaving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan life saving
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

1.2. 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

1.3 Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) Rumah Sakit

1.4 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 memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali

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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

1.5 Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

1.6 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	Setiap bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

1.7 Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 0.2 % (2/1000)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

1.8 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 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pelayanan Rawat Jalan

2.1 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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.2. 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. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut.
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 pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

2.3 Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 14.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
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 satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

2.4. 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 tersebut 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

2.5 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 disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

2.6. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.7 Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RUmah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Pelayanan Rawat Inap

3.1 Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan 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	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan

Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

3.2 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

3.3 Ketersediaan pelayanan Rawat Inap

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

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
------------------	-----------------------------

3.4 Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam
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 pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

3.5 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 nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerhan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis

f

Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

3.6 Angka kejadian infeksi nosokomial

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 nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerhan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

3.7 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb. Yang berakibat kecacatan atau
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.8 Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24% - ≤ 2,4/1000 (international) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

3.9 Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kesinambungan pelayaann
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumahsakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

3.10 Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

3.11 Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis 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 di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.12 Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
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 rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Pelayanan Bedah

4.1 Waktu tunggu operasi efektif

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi efektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

4.2 Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian 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 Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4.3 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 Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi bedah Sentral/Komite Medis

4.4 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 Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4.5 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 kesesuaian tindakan operasi dengan 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 Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4.6 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 dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4.7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan 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 Analisa	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	Rekam Medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

5.1 Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan

Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, eklampsia, dan sepsis.</p> <p><i>Pendarahan</i> adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. <i>Pre-eklampsia dan eklampsia</i> mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu: Tekanan darah sistolik >160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai <i>Eklampsia</i> adalah tanda pre-eklampsia yang disertai kejang dan penurunan kesadaran.</p> <p><i>Sepsis</i> adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

5.2 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 yang memberikan pertolongan persalinan normal
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal

Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5.3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan penyulit oleh tenaga yang Kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5.4. 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 anestesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian

Standar	100%
Penanggung jawab	Komite Mutu

5.5 Kemampuan menangani BBLR 1500 - gr 2500gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite Medik/Komite Mutu

5.6 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5.7 .a Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam Medik dan Laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bidang Pelayanan Medik

5.7 .b Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Laporan peserta konseling KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Pelayanan Medik

5.8 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 Analisa	
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Komite Mutu/Tim Mutu

6. Pelayanan Rawat Intensif

6.1 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 < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 selama 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 3\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

6.2 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 Analisa	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	100%
Standar	
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

7. Pelayanan Laboratorium

7.1 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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut

Sumber Data	Survey
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

7.2 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 tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

7.3 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 Analisa	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	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

7.4 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	

8. Pelayanan Radiologi

8.1 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

8.2 Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

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

8.3 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 Analisa	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 pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

8.4 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

9.1 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	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 50\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

9.2 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	
Periode Analisa	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	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

9.3 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

10. Pelayanan Farmasi

10.1 Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah Pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

10.2. 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 dimulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

10.3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

10.4. Penulisan resep sesuai dengan 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 Analisa	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	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

10.5. Pelayanan resep sesuai dengan formularium

Judul	Pelayanan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang tidak bias dilayani sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

10.6. 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

11. Pelayanan Gizi

11.1. 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap

11.2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi
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 Analisa	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	Survey
Standar	$\leq 20\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

11.3. 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Pelayanan Bank Darah

12.1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	

12.2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sisten imun sebagai akibat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Kepala UTD / Bank Darah

13. Pelayanan Rekam Medis

13.1. 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik/Wadir Pelayanan Medik

13.2 Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

13.3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sample penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber Data	Survey
Standar	Rerata \leq 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

13.4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis 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 Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

14. Pelayanan Sterilisasi Sentral

14.1. Tidak adanya kejadian alat/ instrument dan Linen yang tidak tersterilisasi dalam waktu > 24 jam

Judul	Tidak adanya kejadian alat / instrument dan linen yang tidak tersterilisasi dalam waktu > 24 jam
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan Sterilisasi sentral
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah Instrumen /alat dan linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah alat/ instrument dan linen yang seharusnya tersterilisasi pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD

14.2 Ketepatan waktu penyediaan alat/instrument dan linen steril

Judul	Ketepatan waktu penyediaan alat/ instrument linen steril untuk ruang rawat inap dan kamar operasi
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan alat/ instrumen dan linen steril adalah ketepatan penyediaan sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan alat/instrument dan linen steril tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD

15. Pelayanan Laundry

15.1. 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 Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

15.2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambaranya pengendalian dan mutu pelayanan
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

16. Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah

16.1 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/keluargapatient
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 pengumpul data	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

16.2 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 ditujukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal <60 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

16.3 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah oleh masyarakat
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 ditujukan oleh masyarakat yang membutuhkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance

17. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

17.1. 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
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

18. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

18.1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam

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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Kepala IPRS

18.2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, 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 Analisa	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 pengumpul data	Kepala IPRS

18.3. 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 Badan Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

19. Pelayanan Administrasi Manajemen

19.1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

19.2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Defenisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mpertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi 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 strategis bisnis rumah sakit, dan indikator- indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 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 pengumpul data	Direktur

19.3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, 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 Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

19.4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

19.5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
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 rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun

Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

19.6. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub Bag Keuangan
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

19.7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

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

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	
Sumber Data	Sub Bag Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

19.8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

19.9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	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 Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

20. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

20.1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

20.2. Ketersediaan alat pelindung diri

Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Dimensi Utama	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan pengunjung
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survey
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

20.3. 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 nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit. Minimal 1 (satu) parameter,
Frekuensi	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab	Tim PPI RS

21. Pengelolaan limbah

21.1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap
Definisi Operasional	Baku limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indicator: 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	3 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Kepala IPRS

21.2. 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: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan
Frekuensi	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

22. Pelayanan Keamanan Dalam

22.1. Terpenuhinya jumlah minimal staf pengamanan dalam terlatih yang bertugas pada unit rumah sakit

Judul	Terpenuhinya jumlah minimal staf pengamanan dalam terlatih yang bertugas pada unit rumah sakit
Dimensi	Manajemen

Tujuan	Untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan keamanan dalam rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan tenaga pengamanan dalam akan menjamin adanya keamanan dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit
Frekuensi	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah staf pengamanan sesuai kebutuhan minimal
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Daftar Pegawai
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

22.2. Pemantauan Keamanan RS secara berkala

Judul	Pemantauan Keamanan RS secara berkala
Dimensi	Manajemen
Tujuan	Untuk menjamin terlaksananya keamanan dalam rumah sakit
Definisi	Pengawasan keamanan rumah sakit terus menerus
Frekuensi	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah hari dalam sebulan
Denominator	Jumlah penyelenggaraan pengamanan dalam sebulan
Sumber Data	Daftar Pegawai
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur


BUPATI BARRU,

SUARDI SALEH

