



BUPATI TABANAN
PROVINSI BALI

RANCANGAN
PERATURAN BUPATI TABANAN
NOMOR 95 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH *SINGASANA*

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TABANAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan jenis dan mutu layanan dasar secara akuntabel, bisa dipertanggungjawabkan, dan berkinerja tinggi kepada masyarakat untuk menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu;
- b. bahwa dengan adanya perubahan nomenklatur Rumah Sakit Umum Daerah Nyitdah menjadi Rumah Sakit Umum *Singasana*, maka Peraturan Bupati Nomor 4 Tahun 2022 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Nyitdah perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah *Singasana*;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II Dalam Wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik

- Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 6. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2023 tentang Provinsi Bali (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6871);
 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
 8. Tambahkan Perbup Nomor 88 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Singasana;

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Tabanan.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Tabanan.
3. Bupati adalah Bupati Tabanan.
4. Perangkat Daerah adalah Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah
5. Rumah Sakit Umum Daerah *Singasana* yang selanjutnya disebut RSUD *Singasana* adalah Rumah Sakit Umum Daerah Singasana Kabupaten Tabanan.
6. Direktur adalah Kepala RSUD *Singasana*
7. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada seseorang yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi.
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintah wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
9. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
10. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
11. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan.
12. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSUD *Singasana*.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan,

kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan RSUD Singasana

BAB II JENIS PELAYANAN

Pasal 3

- (1) Jenis Pelayanan Kesehatan yang minimal wajib disediakan RSUD Singasana meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah;
 - m. pelayanan keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medis;
 - o. pengelolaan limbah;
 - p. pelayanan administrasi *manajemen*.
 - q. pelayanan ambulans /kereta jenazah;
 - r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - s. pelayanan *laundry*;
 - t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
 - u. pencegahan pengendalian infeksi.
- (2) Setiap jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai Indikator Kinerja dan Standar pelayanan.
- (3) Dokumen SPM setiap jenis pelayanan, Indikator Kinerja, dan Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 4

- (1) RSUD Singasana wajib menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan SPM RSUD *Singasana*.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga kesehatan dan non kesehatan dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 5

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis anggaran dan rencana strategis RSUD *Singasana*, target kinerja serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM RSUD *Singasana*.
- (2) Setiap unit pelayanan dan administrasi manajemen RSUD *Singasana* menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target kinerja serta upaya dan pelaksanaan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM RSUD *Singasana*.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan RSUD *Singasana* menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM RSUD *Singasana*.

BAB IV

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

- (1) Bupati melaksanakan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM RSUD *Singasana*.
- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati dapat menugaskan Kepala Dinas sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang mengatur mengenai pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 4 Tahun 2022 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Nyitdah (Berita Daerah Kabupaten Tabanan Tahun 2022 Nomor 4) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tabanan
pada tanggal 1 September 2023

BUPATI TABANAN,


I KOMANG GEDE SANJAYA

Diundangkan di Tabanan
pada tanggal 1 September 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TABANAN,


I GEDE SUSILA

BERITA DAERAH KABUPATEN TABANAN TAHUN 2023 NOMOR 95

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI TABANAN
NOMOR 95 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SINGASANA

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



**DINAS KESEHATAN
PEMERINTAH KABUPATEN TABANAN
TAHUN 2023**

62

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa/Ida Sang Hyang Widhi Wasa atas berkat dan rahmat-Nyalah kami bisa mewujudkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimal ini disusun dalam rangka untuk mengetahui sejauh mana Rumah Sakit telah melaksanakan indikator kerja sesuai yang distandarkan sehingga tercapai jenis dan mutu pelayanan dasar Rumah Sakit Umum Daerah Singasana. Harapan kami adalah agar para stakeholder dapat memahami dan memantau perkembangan layanan Rumah Sakit Umum Daerah Singasana dan rekanan yang hendak bekerjasama dapat mengetahui jenis kerjasama apa yang dapat dilaksanakan.

Semoga dengan adanya standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ini dapat memberikan manfaat bagi masyarakat luas terutama masyarakat penerima layanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Singasana.

Tabanan, 1 September 2023

RSUD Singasana

Direktur



dr. I Wayan Doddy Setiawan

Pembina IV/a

NIP. 198107262009021006

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Maksud dan Tujuan.....	2
1.3 Sasaran	2
1.4 Standar / Target	2
BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT	3
2.1 Jumlah dan Jenis Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit	3
2.2 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Nyitdah Tahun 2021- 2026	4
2.3 Kamus Indikator Standar Pelayanan Minimal.....	19
A. Pelayanan Gawat Darurat.....	19
B. Pelayanan Rawat Jalan	24
C. Pelayanan Rawat inap.....	28
D. Bedah Sentral	36
E. Persalinan dan Perinatologi (Kecuali Rumah Sakit Khusus di Luar Rumah Sakit Ibu dan Anak).....	41
F. Pelayanan Intensif	48
G. Radiologi	49
H. Laboratorium Patologi Klinik.....	52
I. Rehabilitas Medik.....	55
J. Farmasi	57
K. Gizi	60
L. Transfusi Darah	62
M. Pelayanan Gakin.....	63
N. Rekam Medik	64
O. Pengolahan Limbah.....	67
P. Administrasi dan Manajemen.....	69
Q. Ambulance/Kereta Jenazah	76
R. Pemulasaraan Jenazah	78
S. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	79
T. Pelayanan Laundry	81

U. Pencegahan Pengendalian Infeksi	82
BAB III PENUTUP.....	85

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit secara tegas menyebutkan bahwa Rumah Sakit Pemerintah dikelola dengan Badan Layanan Umum Daerah. Salah satu syarat administrasi yang harus dipenuhi sebelum ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah adalah rumah sakit wajib memiliki dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS). Untuk itu, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka diperlukan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit, dimana Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat. Rumah sakit sebagai unit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Permendagri No.79 Tahun 2018 tentang BLUD pasal 43 ayat 1 Standar Pelayanan Minimal sebagai mana dimaksud dalam pasal 36 huruf d memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh unit pelaksana teknis dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD. Ayat 2 Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diatur dengan peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh unit pelaksana teknis dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan bahwa Standar Pelayanan adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Berdasarkan hal tersebut diatas maka Rumah Sakit Umum Daerah Nyitdah Kabupaten Tabanan telah menyusun dan menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) sesuai pedoman dan standar yang telah ditetapkan dan hasil pencapaiannya dibuat dalam bentuk laporan tahunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan merekap hasil kegiatan bulanan dan triwulan.

1.2 MAKSUD DAN TUJUAN

Penyusunan laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimaksud untuk mengetahui sejauh mana rumah sakit telah melaksanakan indikator kinerja sesuai yang telah distandarkan sehingga tercapai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang harus dipenuhi. Disamping sebagai bahan evaluasi pencapaian kinerja pelayanan, laporan tahunan ini juga dilaporkan ke Bupati selaku Kepala Daerah Kabupaten Tingkat II Tabanan sebagai bentuk pertanggung jawaban Rumah Sakit Umum Daerah Singasana Kabupaten Tabanan sebagai unit pemberi pelayanan kesehatan.

1.3 SASARAN

Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Singasana Kabupaten Tabanan sebesar sembilan puluh persen pada tahun 2022.

1.4 STANDAR / TARGET

Standar atau target yang ditetapkan berdasarkan buku panduan Standar Pelayanan Minimal Depkes RI Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 dan Peraturan Bupati Tabanan Nomor 31 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Singasana Kabupaten Tabanan.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

2.1 JUMLAH DAN JENIS STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Jenis Standar Pelayanan Minimal yang diterapkan di RSUD Singasana meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat.
2. Pelayanan Rawat Jalan.
3. Pelayanan Rawat Inap.
4. Pelayanan Bedah.
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi.
6. Pelayanan Intensif.
7. Pelayanan Radiologi.
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik.
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik.
10. Pelayanan Farmasi.
11. Pelayanan Gizi.
12. Pelayanan Tranfusi Darah.
13. Pelayanan Keluarga Miskin.
14. Pelayanan Rekam Medis.
15. Pengelolaan Limbah.
16. Pelayanan Administrasi Manajemen.
17. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah.
18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah.
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
20. Pelayanan Laundry.
21. Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi.

2.2 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SINGASANA TAHUN 2021-2026

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
1	Unit Gawat Darurat (UGD)	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 mt, sth px datang	≤ 5 mt, sth px datang	≤ 5 mt, sth px datang	≤ 5 mt, sth px datang	≤ 5 mt, sth px datang	≤ 5 mt, sth px datang	≤ 5 mt, sth px datang	
		6. Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	
		7. Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
			inap setelah 8 jam)	inap setelah 8 jam)	rawat inap setelah 8 jam)	rawat inap setelah 8 jam)	rawat inap setelah 8 jam)	inap setelah 8 jam)	rawat inap setelah 8 jam)	
		8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	1. Klinik Kesehatan Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah	1. Klinik Kesehatan Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah	1. Klinik Kesehatan Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah	1. Klinik Kesehatan Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah	1. Klinik Kesehatan Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah	1. Klinik Kesehatan Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah	1. Klinik Kesehatan Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
		3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 mt	≤ 60 mt	≤ 60 mt	≤ 60 mt	≤ 60 mt	≤ 60 mt	≤ 60 mt	
		5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
		6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai jenis dan kelas RS	
		4. Jam visite dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		5. Kejadian infeksi pasca operasi (ruang bedah dan VIP)	≤ 1.5%	Kejadian IDO ≤ 1.5%	Kejadian IDO ≤ 1.5%	Kejadian IDO ≤ 1.5%	Kejadian IDO ≤ 1.5%	Kejadian IDO ≤ 1.5%	Kejadian IDO ≤ 1.5%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
		6. Angka Kejadian HAIs (infeksi nosokomial)	$\leq 1.5\%$	a. Kejadian VAP $\leq 15\%$ b. Kejadian HAP $\leq 1\%$ c. Kejadian ISK $\leq 1\%$ d. Kejadian IDO $\leq 0.5\%$ e. Kejadian IADP $\leq 0.5\%$	f. Kejadian VAP $\leq 15\%$ g. Kejadian HAP $\leq 1\%$ h. Kejadian ISK $\leq 1\%$ i. Kejadian IDO $\leq 0.5\%$ j. Kejadian IADP $\leq 0.5\%$	k. Kejadian VAP $\leq 15\%$ l. Kejadian HAP $\leq 1\%$ m. Kejadian ISK $\leq 1\%$ n. Kejadian IDO $\leq 0.5\%$ o. Kejadian IADP $\leq 0.5\%$	p. Kejadian VAP $\leq 15\%$ q. Kejadian HAP $\leq 1\%$ r. Kejadian ISK $\leq 1\%$ s. Kejadian IDO $\leq 0.5\%$ t. Kejadian IADP $\leq 0.5\%$	u. Kejadian VAP $\leq 15\%$ v. Kejadian HAP $\leq 1\%$ w. Kejadian ISK $\leq 1\%$ x. Kejadian IDO $\leq 0.5\%$ y. Kejadian IADP $\leq 0.5\%$	z. Kejadian VAP $\leq 15\%$ aa. Kejadian HAP $\leq 1\%$ bb. Kejadian ISK $\leq 1\%$ cc. Kejadian IDO $\leq 0.5\%$ dd. Kejadian IADP $\leq 0.5\%$	
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
		8. Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional)	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional)	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional)	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional)	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional)	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional)	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional)	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
			NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)	NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)	NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)	NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)	NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)	NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)	NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)	
		9. Kejadian Pulang Paksa	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	
		11. Pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
4	Pelayanan Bedah sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	
		2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	
5	Persalinan dan Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Pendarahan ≤ 1% Pre-eklampsia ≤ 30% Sepsis ≤ 0.2%	Pendarahan ≤ 1% Pre-eklampsia ≤ 30% Sepsis ≤ 0.2%	Pendarahan ≤ 1% Pre-eklampsia ≤ 30% Sepsis ≤ 0.2%	Pendarahan ≤ 1% Pre-eklampsia ≤ 30% Sepsis ≤ 0.2%	Pendarahan ≤ 1% Pre-eklampsia ≤ 30% Sepsis ≤ 0.2%	Pendarahan ≤ 1% Pre-eklampsia ≤ 30% Sepsis ≤ 0.2%	Pendarahan ≤ 1% Pre-eklampsia ≤ 30% Sepsis ≤ 0.2%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr – 2500gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	
		7. A. Keluarga Berencana Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		B. Konseling KB Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
6	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
		2. Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Kejadian kegagalan pemeriksaan rontgen	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
8	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	≤ 140 menit	
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
10	Farmasi	1. A. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
		B. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$	
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
12	Tranfusi Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2. Kejadian reaksi tranfusi	$\leq 0.01\%$	$\leq 0.01\%$	$\leq 0.01\%$	$\leq 0.01\%$	$\leq 0.01\%$	$\leq 0.01\%$	$\leq 0.01\%$	
13	Pelayanan GAKIN	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
14	Rekam Medis	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
15	Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		5. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	
		6. Cost recovery	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
		9. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
17	Ambulans atau Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans atau kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di Rumah Sakit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
	Rumah Sakit	2. Ketepatan waktu pemeriksaan alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	
		2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan	Target	Standar RSUD Singasana Kabupaten Tabanan						Ket
				Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	

2.3 KAMUS INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Life Saving Anak dan Dewasa

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

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
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 BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

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

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Unit Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Unit 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 di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Unit Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Unit 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 yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat

8. Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka

Judul	Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

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

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat jalan
--------------------------------------	-------------------------

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 dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat jalan

3. **Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan**

Judul	Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit

Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah 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 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat jalan

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei

Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat jalan/komite mutu/tim mutu

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 (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

6. **Pasien Rawat Jalan Tuberculosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS**

Judul	Pasien Rawat Jalan Tuberculosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasein tuberculosis dengan strategi DOTS

Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan diagnosis dan follow up mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	KepalaUnit rawat jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan 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	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap

2. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

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



Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap
--------------------------------------	------------------------

3. **Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap**

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baringdi rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap

4. **Jam Visite Dokter Spesialis**

Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiaphari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi

	tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan

Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. **Angka Kejadian Infeksi Nosokomial**

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap/komite medik/panitia mutu

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 kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit i rawat inap

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	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan

Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien Rawat Inap Tuberculosis yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberculosis yang Ditangani Dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rawat inap

D. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai 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 satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari

Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Unit bedah sentral
--------------------------------------	--------------------------

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian Kematian di Meja Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit bedah sentral/komite medis

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien

Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel 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	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit bedah sentral/komite medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel 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	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit bedah sentral/komite medis

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu 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 waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit bedah sentral/komite medis

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	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tundakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu 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 waktu 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 Pengumpulan data	Kepala Unit bedah sentral/komite medis

7. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anastesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anantesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over-dosis, reaksi anantesi 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 komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit bedah sentral/komite medis

E. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklampsia dan

	elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati • Oedem tungkai. Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah.....
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan $\leq$ 1% pre-eklampsia $\leq$ 30%, sepsis $\leq$ 0,2%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten



Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih(asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Komite mutu

3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal 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	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

4. **Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi**

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500gr – 2500gr

Judul	Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Komite medik/Komite mutu

6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan 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	$\leq 20\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

7. Keluarga Berencana Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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. Pengumpulan data	Kabid Pelayanan

8. Konseling Keluarga Berencana Mantap

Judul	Konseling Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan konseling kontrasepsi mantap



Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kabid Pelayanan

9. 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	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%

Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu
--------------------------------------	----------------------------

F. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam

Judul	Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 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 dalam 1 bulan.
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi 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	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/mutu

G. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Photo

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 di foto 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 satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.



Sumber Data	rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit radiologi

2. **Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan**

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan nya 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 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit radiologi

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 radiology
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas

Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

H. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

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

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala Unit laboratorium

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium



Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medi
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %.



Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Laboratorium
--------------------------------------	--------------------------

I. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang Direncanakan

Judul	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang Direncanakan.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas.
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Rehabilitasi Medik

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik

Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	KepalaUnit Rehabilitas Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
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 minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Rehabilitas Medik

J. FARMASI

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	KepalaFarmasi



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 mulai 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 Pengumpulan data	Kepala Unit Farmasi

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan



Periode 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 Pengumpulan data	Kepala Unit Farmasi

4. **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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit iFarmasi

5. **Penulisan Resep Sesuai Formularium**

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
-------	------------------------------------

Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	KepalaUnit Farmasi

K. GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan kepada Pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala Unit Gizi/Kepala Unit Rawat Inap

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 gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien(sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	$\leq 20\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gizi/Kepala Unit Rawat Inap

3. **Tidak Adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet**

Judul	Tidak Adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
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 disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Gizi/Kepala Unit Rawat Inap

L. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab Pengumpulan data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah
--------------------------------------	--

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko 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 sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
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	≤ 0,01%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala UTD

M. PELAYANAN GAKIN

1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke RS pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke RS. pada Setiap Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Akses



Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

N. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medic 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 diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien pasien rawat inap 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 Pengumpulan data	Kepala Unit rekam medik/wadir pelayanan medik.

2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi Operasional	Informed concent 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 Pengumpulan data	Kepala Unit rekam medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata $\leq$ 10 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit rekam medis

4. Waktu penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Uniti rekam medis

O. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit



Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : • BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter • COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter • TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter • PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala IPRS

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 pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : • Sisa jarum suntik • Sisa ampul • Kasa bekas

	• Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

P. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja strategik bisnis rumah sakit pada rencana dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 tahun

Numerator	
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode 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 bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

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

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap

	adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Bagian Keuangan

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6



Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Bagian Keuangan

Q. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance /kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

3. Response Time Pelayanan Ambulance Oleh Masyarakat yang Membutuhkan

Judul	Response Time Pelayanan Ambulance Oleh Masyarakat yang Membutuhkan
Dimensi Mutu	Kecepatan dan ketepatan respon

Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance

R. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit pemulasaraan jenazah

S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala IPRS

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala IPRS

3. Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)

Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Laboratorium

T. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%



Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Laundry
--------------------------------------	---------------------

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 Pengumpulan data	Kepala Unit Laundry

U. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 1 bulan

Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap Unit RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah Unit yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah Unit di Rumah Sakit
Sumber Data	Survey
Standar	60%
Penanggung jawab. Pengumpulan data	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung

Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada Unit yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah Unit yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah Unit yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim PPI RS

Keterangan:

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BAB III

PENUTUP

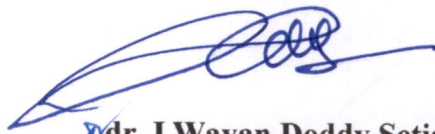
Berdasarkan uraian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat. Diharapkan Standar Pelayanan Minimal Tahun 2021 sampai Tahun 2026 dapat dijadikan acuan untuk peningkatan mutu layanan dan fasilitas sarana prasarana di tahun berikutnya agar pelayanan di BRSUD Singasana lebih berkembang dan maksimal kedepannya.

Demikian Standar Pelayanan Minimal BRSUD Singasana. Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Tabanan, 1 September 2023

RSUD Singasana

Direktur



dr. I Wayan Doddy Setiawan

Pembina IV/a

NIP. 198107262009021006

BUPATI TABANAN,



I KOMANG GEDE SANJAYA