



WALIKOTA BENGKULU
PROVINSI BENGKULU

PERATURAN WALIKOTA BENGKULU

NOMOR 25 TAHUN 2016

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA BENGKULU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BENGKULU,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, perlu menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bengkulu;
- b. bahwa untuk memenuhi persyaratan administratif penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bengkulu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan Pasal 11 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, maka perlu disusun Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bengkulu;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Bengkulu tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bengkulu;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 6 Drt. Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kota Kecil Dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1091);
2. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1967 tentang Pembentukan Provinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1967 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2828);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. 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 terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 1968 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1967 dan Pelaksanaan Pemerintahan di Provinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 34, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2854);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 Tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

15. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
16. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 159b/Menkes/SK/ Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
24. Peraturan Daerah Kota Bengkulu Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pendirian dan Pembentukan Susunan Organisasi RSUD Kota Bengkulu (Lembaran Daerah Kota Bengkulu Tahun 2013 Nomor 11);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA BENGKULU TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BENGKULU.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Kota adalah Kota Bengkulu.
2. Pemerintah Kota adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

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

19. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal disusun dengan maksud untuk memberikan panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis pelayanan pada RSUD meliputi :
 - a. Pelayanan Gawat Darurat.
 - b. Pelayanan Rawat Jalan.
 - c. Pelayanan Rawat Inap.
 - d. Pelayanan Kamar Operasi.
 - e. Pelayanan Persalinan.
 - f. Pelayanan Perinatologi.
 - g. Pelayanan Intensif.
 - h. Pelayanan Radiologi.
 - i. Pelayanan Laboratorium.
 - j. Pelayanan Fisioterapi.
 - k. Pelayanan Farmasi.
 - l. Pelayanan Gizi.
 - m. Pelayanan Transfusi Darah.
 - n. Pelayanan Rekam Medik.
 - o. Pelayanan Bpjs.
 - p. Pelayanan Pengolahan Limbah.
 - q. Pelayanan Administrasi Dan Manajemen.
 - r. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah.
 - s. Pelayanan Pemulasaran Jenazah.

- t. Pelayanan Laundry.
- u. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
- v. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Bagian Kedua
Indikator, Standar/Nilai, Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

- (1) Standar Pelayanan Minimal ditentukan berdasarkan Indikator, Standar/Nilai dan Batas Waktu Pencapaian.
- (2) Uraian mengenai Indikator, Standar/Nilai dan Batas Waktu Pencapaian adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.
- (3) Uraian mengenai Standar Pelayanan Minimal adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Direktur atau Pimpinan RSUD bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 6

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

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Walikota.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktorat.

Pasal 9

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

Pasal 10

Pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dilaksanakan oleh Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Kota.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bengkulu.

Ditetapkan di Bengkulu
pada tanggal 19 Agustus 2016

WALIKOTA BENGKULU,
dto
H. HELMI HASAN

Diundangkan di Bengkulu
pada tanggal 19 Agustus 2016

SEKRETARIS DAERAH KOTA BENGKULU
dto
MARJON

BERITA DAERAH KOTA BENGKULU TAHUN 2016 NOMOR..25....

LAMPIRAN I
 PERATURAN WALIKOTA BENGKULU
 NOMOR 25 TAHUN 2016
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
 SAKIT UMUM DAERAH KOTA BENGKULU

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN,
 INDIKATOR DAN STANDAR

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI/ STANDAR
1	2	3	4
1	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan gawat darurat 2. Kemampuan Menangani Live Saving di IGD 3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat 6. Kepuasan pelanggan 7. Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	24 jam 100 % 100 % 1 tim $\leq$ 5 menit $\geq$ 70 % $\leq$ 2 % 100 %
2	Rawat jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan 3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan 4. Waktu tunggu di rawat jalan. 5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan 6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS 7. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberkulosis 8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100 % 100 % 100 % $\leq$ 60 menit $\geq$ 80 % 100 % $\geq$ 60 % $\geq$ 60 %

3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat inap 2. Dokter penanggung jawab pasien 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, syaraf, Gigi spesialis prostodonti, Anaesthesi) 4. Jam visite dokter spesialis 5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian 6. Kematian > 48 jam 7. Kejadian pulang paksa 8. Kepuasan pelanggan 9. Pasien rawat inap tuberkulosis yang dilayani dengan strategi DOTS 10. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis 11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100 % 100 % 100 % 100 % 100 % $\leq 0,24$ % ≤ 5 % ≥ 80 % ≥ 60 % ≥ 60 % ≥ 60 %
4	Kamar Operasi	1. Waktu Tunggu Operasi Elektif 2. Kejadian kematian dimeja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 2 hari $\leq 1\%$ $\leq 1\%$ 100 % 100 % 100 % ≤ 6 %
5	Persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Pelayanan persalinan melalui SC	Perdarahan ≤ 1 % Eklamsi ≤ 30 % Sepsis $\leq 0,2$ %, Partus lama ≤ 20 % 100 % 100 % 100 % ≤ 20 %

6	Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100 %
7	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Intensif	$\leq 3 \%$ $\geq 100 \%$
8	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax. 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. Kepuasan pelanggan	$\leq 3 \text{ jam}$ 100 % $\leq 2 \%$ $\geq 80 \%$
9	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 140 menit. 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	100 % 100 % 100 % $\geq 80 \%$
10	Fisioterapi	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Fisioterapi yang direncanakan. 2. Tidak adanya kesalahan tindakan fisioterapi 3. Kepuasan Pelanggan	$\leq 50 \%$. 100 % $\geq 80 \%$
11	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit 3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat 4. Kepuasan pelanggan 5. Penulisan resep sesuai formularium	100 % 100 % 100 % $\geq 80 \%$ $\geq 80 \%$
12	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	$\geq 90 \%$ $\leq 20 \%$ 100 %
13	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi tranfusi	100 % $\leq 0,01 \%$
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi	100 % 100 %

		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit	100 % 100 %
15	BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %
16	Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair : - BOD - COD - TSS - pH 2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l 6 – 9 100 %
17	Administrasi Manajemen	1. Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif)	≤ 2 hari ≤ 1 bulan 100 % 100% ≥ 80 % ≥ 40 % 100 % ≤ 2 jam 100 %
18	Ambulance/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance jenazah 24 jam 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit < 30 menit	100 % 100 %
19	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah < 2 jam	100 %
20	Loundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang. 2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam	100 % 100 %
21	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat. 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	≥ 80 % 100 % 100 %

22	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota TIM PPI yang terlatih	$\geq 75\%$
		2. Tersedia APD di setiap instalasi	$\geq 60\%$
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (<i>Health care associated infection</i>) di RS	$\geq 75\%$
		4. Kejadian infeksi paska operasi	$\leq 1,5 \%$
		5. Angka kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1,5 \%$
		6. Angka kejadian luka dekubitus	$\leq 2 \%$
		7. Angka kejadian flebitis	$\leq 2 \%$

WALIKOTA BENGKULU,

dto

H. HELMI HASAN

LAMPIRAN II
 PERATURAN WALIKOTA BENGKULU
 NOMOR 25 TAHUN 2016
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA
 BENGKULU

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

A.	Indikator	: 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	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah hari dalam satu bulan
	Sumber data	: Laporan bulanan
	Standar	: 24 jam
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat
B.	Indikator	: Kemampuan menangani <i>life saving</i> di UGD
	Dimensi mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
	Definisi operasional	: <i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> .
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
	Periode analisis	: Tiga bulan sekali
	Numerator	: Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
	Sumber data	: Rekam Medik di Gawat Darurat
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

C.	Indikator	: Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD
	Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
	Definisi Operasional	: Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 Bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/
	Denominator	: Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan.
	Sumber data	: Instalasi Gawat Darurat
	Standar	: 100%
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

D.	Indikator	: Ketersediaan tim penanggulangan bencana
	Dimensi mutu	: Keselamatan dan efektivitas
	Tujuan	: Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
	Definisi operasional	: Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
	Periode analisis	: Tiga bulan sekali
	Numerator	: Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
	Denominator	: Tidak ada
	Sumber Data	: Instalasi Gawat Darurat
	Standar	: 1 tim
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

E.	Indikator	: Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
	Dimensi Mutu	: Keselamatan dan efektifitas
	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
	Definisi Operasional	: Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 30)
	Sumber data	: Sample
	Standar	: ≤ 5 menit
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

F.	Indikator	: Kepuasan Pelanggan
	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 diberikan
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
	Periode analisis	: Tiga bulan sekali
	Numerator	: Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survey
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
	Sumber data	: Survey
	Standar	: ≥ 80 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

G.	Indikator	: Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD
	Dimensi Mutu	: Keselamatan dan efektifitas
	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
	Definisi Operasional	: Kematian $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang.
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang.
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.
	Sumber data	: Register IGD
	Standar	: $\leq$ 2 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

H.	Indikator	: Tidak adanya pasien yang diharuskan 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 analisis	: Tiga bulan
	Numerator	: Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
	Sumber data	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

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

B.	Indikator	: Ketersediaan pelayanan rawat jalan
	Dimensi Mutu	: Akses
	Tujuan	: Tersedianya 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 Klinik: anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah, gigi, pojok DOTS.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada
	Denominator	: Tidak ada
	Sumber data	: Register rawat jalan
	Standar	: 100 %.
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

A.	Indikator	: Pemberi pelayanan di rawat inap
	Dimensi mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
	Definisi operasional	: Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
	Frekuensi pengumpulan data	: 6 bulan
	Periode analisis	: 6 bulan
	Numerator	: Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
	Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
	Sumber data	: ruang rawat inap
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

B.	Indikator	: Dokter penanggung jawab pasien
	Dimensi mutu	: Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinam-bungan pelayanan
	Definisi operasional	: Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisis	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
	Sumber data	: Register rawat inap
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

C.	Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah)
	Dimensi mutu	:	Akses
	Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
	Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
	Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
	Periode analisis	:	3 bulan
	Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
	Denominator	:	Tidak ada
	Sumber data	:	Register rawat inap
	Standar	:	100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

D.	Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
	Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
	Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
	Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
	Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
	Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
	<i>Numerator</i>	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
	<i>Denominator</i>	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
	Sumber data	:	Survey
	<i>Standar</i>	:	100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

E.	Indikator	: 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 kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 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 kepala ruangan
	Standar	: 100%
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap.

F.	Indikator	: Kematian pasien > 48 jam
	Dimensi mutu	: Keselamatan dan efektivitas
	Tujuan	: Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
	Definisi operasional	: Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisis	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
	Sumber data	: Rekam Medik
	Standar	: $\leq 0,24 \%$
	Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Rawat Inap.

G.	Indikator	: 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 pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

H.	Indikator	: Kepuasan Pelanggan
	Dimensi mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
	Definisi operasional	: Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisis	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
	Denominator	: Jumlah total pasien yang di survey (n minimal = 50)
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80 \%$
	Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Rawat Inap

I.	Indikator	: Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
	Dimensi mutu	: Akses, efisiensi
	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
	Definisi operasional	: Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosi dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberculosi harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosi yang sesuai dengan standar penanggulang-an tuberculosi nasional, dan semua pasien yang tuberculosi yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
	Frekuensi pengumpulan data	: Tiap 3 bulan
	Periode analisis	: Tiap 3 bulan
	Numerator	: Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien Rawat Inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
	Sumber data	: Register Rawat Inap, register TB
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

J.	Indikator	: Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
	Dimensi mutu	: Efektivitas, keselamatan
	Tujuan	: Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
	Definisi operasional	: Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisis	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
	Denominator	: Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
	Sumber data	: Rekam Medik
	Standar	: $\geq$ 60 %
	Penanggung jawab	: Kepala Instalasi Rawat Inap

K.	Indikator	: Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
	Dimensi mutu	: Efektivitas
	Tujuan	: Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
	Definisi operasional	: Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisis	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
	Denominator	: Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
	Sumber data	: Rekam Medik
	Standar	: $\geq 60\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

4. PELAYANAN OPERASI

A.	Indikator	: Waktu tunggu operasi elektif
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah.
	Definisi Operasional	: Waktu tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai pasien didaftarkan operasi sampai dengan pelaksanaan operasi.
	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 tersebut
	Sumber data	: Survey
	Standar	: ≤ 2 hari
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi

B.	Indikator	: Kejadian kematian di meja operasi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan, efektifitas
	Tujuan	: Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
	Definisi Operasional	: Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan sentinel event
	Periode analisa	: 1 bulan dan sentinel event
	Numerator	: Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
	Sumber data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
	Standar	: $\leq 1 \text{ ‰}$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi

C.	Indikator	: Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
	Definisi Operasional	: Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan sentinel event
	Periode analisa	: 1 bulan dan sentinel event
	Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
	Sumber data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi

D.	Indikator	: Tidak adanya kejadian operasi salah orang
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
	Definisi Operasional	: Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan sentinel event
	Periode analisa	: 1 bulan dan sentinel event
	Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
	Sumber data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi

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

F.	Indikator	: Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
	Definisi Operasional	: Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan sentinel event
	Periode analisa	: 1 bulan dan sentinel event
	Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
	Sumber data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi

G.	Indikator	: Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
	Definisi Operasional	: Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan dan sentinel event
	Periode analisa	: 1 bulan dan sentinel event
	Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
	Sumber data	: Rekam medis, laporan keselamatan pasien
	Standar	: ≤ 6 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Kamar Operasi

5. PELAYANAN PERSALINAN

A.	Indikator	: Kejadian kematian ibu karena persalinan
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
	Definisi Operasional	: Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis Pendarahan: adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu: – Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg – Protein uria > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif – 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: fase laten persalinan (primi para > 8 jam, multipara > 6 jam)
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia, sepsis (masing- masing penyebab)
	Denominator	: Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)
	Sumber data	: Register ruang kebidanan
	Standar	: Pendarahan $\leq$ 1%, eklampsia $\leq$ 30 %, Sepsis $\leq$ 0,2 % partus lama $\leq$ 20%
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

B.	Indikator	: 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	: 1 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	: Register ruang kebidanan
	Standar	: 100%
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

C.	Indikator	: Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
	Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
	Definisi Operasional	: Pemberi pelayanan persalinan dengan Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menumbung.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 bulan
	Numerator	: Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
	Denominator	: Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
	Sumber data	: Register ruang kebidanan
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

D.	Indikator	: 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 anesthesi.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anesthesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
	Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
	Sumber data	: Register ruang kebidanan
	Standar	: 100%
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

E.	Indikator	: Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
	Definisi Operasional	: Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
	Sumber data	: Register ruang kebidanan
	Standar	: ≤ 20%
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

6. PELAYANAN PERINATOLOGI

Indikator	: Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram.
Dimensi mutu	: Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	: BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisis	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah BBLR 1500 g – 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	: Jumlah seluruh BBLR 1500 g – 2500 g yang ditangani
Sumber data	: Register Perinatologi
Standar	: 100 %
Penanggung jawab	: Kepala Ruang Perinatologi

7. PELAYANAN INTENSIF

A.	Indikator	: Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
	Dimensi Mutu	: Efektivitas
	Tujuan	: Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
	Definisi Operasional	: Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan.
	Sumber data	: Register Ruang ICU
	Standar	: ≤ 5 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang ICU

B.	Indikator	: Pemberi pelayanan di 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.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 6 bulan
	Numerator	: Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU
	Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
	Sumber data	: Ruang ICU
	Standar	: $\geq 90 \%$.
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang ICU

8. PELAYANAN RADIOLOGI

A.	Indikator	: Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 di foto thorax dalam bulan tersebut.
	Sumber data	: Survey
	Standar	: ≤ 3 jam
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Radiologi

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

C.	Indikator	: 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 satu bulan.
	Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan.
	Sumber data	: Register di Instalasi Radiologi
	Standar	: $\leq 2\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Radiologi

D.	Indikator	: 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 totasl pasien yang disurvei (n minimal 50)
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Radiologi

9. PELAYANAN LABORATORIUM

A.	Indikator	: Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
	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	: $\geq 90\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

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

C.	Indikator	: Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya ketelitian pelayanan lab patologi klinik
	Definisi Operasional	: Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan.
	Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di lab patologi klinik dalam satu bulan tersebut.
	Sumber data	: Register laboratorium
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

D.	Indikator	: Kepuasan pelanggan
	Dimensi Mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
	Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
	Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Laboratorium

10. PELAYANAN FISIOTERAPI

A.	Indikator	: Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
	Dimensi Mutu	: Kesenambungan pelayanan dan efektifitas
	Tujuan	: Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
	Definisi Operasional	: Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisa	: 6 bulan
	Numerator	: Jumlah seluruh pasien yang drop out selama 3 bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi selama 3 bulan
	Sumber data	: Rekam medis
	Standar	: $\leq 90\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Unit Fisioterapi

B.	Indikator	: Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan dan kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam fisioterapi
	Definisi Operasional	: Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperkirakan yang tidan sesuai denganb asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan
	Sumber data	: Register fisioterapi
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Unit Fisioterapi

C.	Indikator	: Kepuasan pelanggan
	Dimensi Mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
	Definisi Operasional	: Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei
	Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Unit Fisioterapi

11. PELAYANAN FARMASI

A.	Indikator	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
	Definisi Operasional	: Waktu tunggu hasil 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	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

B.	Indikator	: Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤60 menit
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
	Definisi Operasional	: Waktu tunggu hasil 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 jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
	Sumber data	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

C.	Indikator	: 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	: PIO
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

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

E.	Indikator	: 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 sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

12. PELAYANAN GIZI

A.	Indikator	: 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 yang rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 90\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gizi

B.	Indikator	: 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 asuhan gizi rumah sakit)
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\leq 20\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gizi

C.	Indikator	: Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
	Dimensi Mutu	: Keamanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
	Definisi Operasional	: Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
	Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
	Sumber data	: Survey
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala instalasi gizi

13. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

A.	Indikator	: 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 yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
	Sumber data	: Register BDRS
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala BDRS

B.	Indikator	: Kejadian reaksi transfusi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya manajemen resiko pada bank darah
	Definisi Operasional	: Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan 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	: Register Ruang Rawat Inap
	Standar	: ≤ 0,01 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala BDRS

14. PELAYANAN REKAM MEDIK

A.	Indikator	: Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
	Dimensi Mutu	: Kesenambungan pelayanan dan keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
	Definisi Operasional	: Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, asuhan keperawatan, 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 di isi lengkap
	Denominator	: Jumlah rekam medik yang di isi dalam 1 bulan
	Sumber data	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik
B.	Indikator	: Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
	Definisi Operasional	: Informed concern adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan 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	: Survei
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik

C.	Indikator	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan ≤ 5 menit
	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 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 tiga bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
	Denominator	: Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
	Sumber data	: survei
	Standar	: $\geq 90\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik

D.	Indikator	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
	Definisi Operasional	: Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama untuk digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
	Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
	Periode analisa	: Tiap tiga bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
	Denominator	: Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
	Sumber data	: survei
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Rekam Medik

15. PELAYANAN BPJS

Indikator	: Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	: Akses
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	: Pasien miskin pasien pemegang kartu BPJS
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	: Rekam Medik
Standar	: 100 % terlayani
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Seksi pelayanan Medis dan Keperawatan

16. PELAYANAN PENGOLAHAN LIMBAH

A.	Indikator	: Baku mutu air limbah
	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/ltr COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/ltr TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/ltr pH : 6-9
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
	Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
	Sumber data	: Hasil pemeriksaan
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Unit Kesehatan Lingkungan

B.	Indikator	: Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan.
	Dimensi Mutu	: Keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
	Definisi Operasional	: Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederaikan, antara lain : 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
	Denominator	: Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
	Sumber data	: Hasil pengamatan
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Unit Kesehatan Lingkungan

17. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

A.	Indikator	: Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.
	Dimensi Mutu	: Efektifitas
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
	Definisi Operasional	: Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
	Denominator	: Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
	Sumber data	: Notulen rapat
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Umum dan Perlengkapan

B.	Indikator	: Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
	Definisi Operasional	: Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
	Periode analisa	: 1 tahun
	Numerator	: Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam Satu tahun
	Denominator	: Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam Satu tahun
	Sumber data	: Sub Bagian Keuangan dan Perencanaan
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Keuangan dan Perencanaan

C.	Indikator	: Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
	Definisi Operasional	: Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
	Periode analisa	: 1 tahun
	Numerator	: Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
	Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
	Sumber data	: Sub Bag Kepegawaian
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Kepegawaian

D.	Indikator	: Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
	Dimensi Mutu	: Efektifitas dan kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
	Definisi Operasional	: Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 44/1999)
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
	Periode analisa	: 1 tahun
	Numerator	: Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
	Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
	Sumber data	: Sub Bag Kepegawaian
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Kepegawaian

E.	Indikator	: 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 di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perkaryawan 20 jam per tahun
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 tahun
	Periode analisa	: 1 tahun
	Numerator	: Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
	Denominator	: Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
	Sumber data	: Sub Bag Kepegawaian
	Standar	: $\geq 80\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub Bagian Kepegawaian

F.	Indikator	: Cost recovery
	Dimensi Mutu	: Efisiensi, efektifitas
	Tujuan	: Tergambarnya tingkat kesehatan 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 1 bulan
	Denominator	: Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
	Sumber data	: Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
	Standar	: $\geq 40\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

G.	Indikator	: Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10
	Dimensi Mutu	: Efektifitas
	Tujuan	: Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
	Definisi Operasional	: Laboran keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laboran keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
	Frekuensi pengumpulan data	: 3 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
	Denominator	: Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
	Sumber data	: Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

H.	Indikator	: Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
	Dimensi Mutu	: Efektifitas, kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran 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 3 bulan
	Numerator	: Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
	Sumber data	: Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

I.	Indikator	: Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.
	Dimensi Mutu	: Efektifitas
	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 bulan
	Sumber data	: Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
	Standar	: $\geq 60\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

18. PELAYANAN AMBULANCE /KERETA JENAZAH

A.	Indikator	: Waktu pelayanan ambulance 24 jam
	Dimensi Mutu	: Akses
	Tujuan	: Tersedianya pelayanan ambulance jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga yang membutuhkan
	Definisi Operasional	: Waktu pelayanan ambulance adalah penyediaan ambulance jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
	Periode analisa	: Tiap 3 bulan
	Numerator	: Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah hari dalam bulan tersebut
	Sumber data	: Unit Ambulance
	Standar	: 100 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Unit Ambulance

B.	Indikator	: Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit $\leq$ 30 menit
	Dimensi Mutu	: Kenyamanan, keselamatan
	Tujuan	: Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
	Definisi Operasional	: Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance diajukan oleh pasien /keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah penyediaan ambulance yang tepat dalam waktu dalam 1 bulan
	Denominator	: Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
	Sumber data	: Catatan penggunaan ambulance
	Standar	: $\geq$ 80 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Unit Ambulance

19. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

A.	Indikator	: Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq$ 2 jam.
	Dimensi Mutu	: Kenyamanan
	Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
	Definisi Operasional	: Waktu tanggap 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 pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
	Denominator	: Total pasien yang diamati dalam satu bulan
	Sumber data	: Survey
	Standar	: $\geq$ 90 %
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Kamar Jenazah

20. PELAYANAN LAUNDRY

A.	Indikator	: Tidak adanya kejadian linen yang hilang
	Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisiensi
	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 jumlah sampling dalam satu bulan
	Denominator	: Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
	Sumber data	: Survey
	Standar	: 100%
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Loundry

B.	Indikator	: Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam
	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 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	: $\geq 80\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Loundry

21. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

A.

Indikator	: Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	: Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 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
Denominator	: Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	: Catatan laporan kerusakan alat
Standar	: $\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala IPRS

B.

Indikator	: Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	: Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	: Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	: Register pemeliharaan alat
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala IPRS

C.	Indikator	: Peralatan laboratorium dan alat ukur yang yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan dan efektifitas
	Tujuan	: Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
	Definisi Operasional	: Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan 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 Satu tahun
	Sumber data	: Buku register kalibrasi alat
	Standar	: $\geq 50 \%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala IPRS

22. PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

A.	Indikator	: Ada anggota Tim PPI yang terlatih
	Dimensi mutu	: Kompetensi teknis
	Tujuan	: Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI RS
	Definisi operasional	: Adalah anggota Tim RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 3 bulan
	Periode analisis	: Setiap 1 tahun
	Numerator	: Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih
	Denominator	: Jumlah anggota Tim PPI RS
	Sumber data	: Tim PPI RS
	Standar	: $\geq 75 \%$
	Penanggung jawab	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

B.	Indikator	: Tersedianya alat pelindung diri (APD) disetiap Instalasi
	Dimensi mutu	: Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
	Tujuan	: Tersedianya APD di setiap instalasi RS
	Definisi operasional	: Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap hari
	Periode analisis	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah instalasi yang menyediakan APD
	Denominator	: Jumlah instalasi di rumah sakit
	Sumber data	: Survey
	Standar	: $\geq 60 \%$
	Penanggung jawab	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

C.	Indikator	: Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
	Dimensi mutu	: Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
	Tujuan	: Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
	Definisi operasional	: Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/ infeksi luka operasi, ILI/ infeksi luka infus, VAP/ ventilator associated pneumonie, ISK/ infeksi saluran kemih)
	Frekuensi pengumpulan data	: Setiap hari
	Periode analisis	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
	Denominator	: Jumlah instalasi yang tersedia
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\geq 75 \%$
	Penanggung jawab	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

D.	Indikator	: Kejadian infeksi paska operasi
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Untuk mengetahui apakah teknik perawatan luka operasi telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
	Definisi Operasional	: Infeksi luka operasi adalah infeksi post operasi (Luka bersih) yang didapat setelah hari ke 3, yang ditandai merah, nyeri, bengkak, dan panas.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka operasi dalam periode satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam periode satu bulan
	Sumber data	: Survei
	Standar	: $\leq 1,5 \%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

E.	Indikator	: Angka kejadian infeksi nosokomial
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial lainnya di rumahsakit (selain ILO, decubitus, phlebitis)
	Definisi Operasional	: Infeksi nosokomial lainnya adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit seperti sepsis, pneumonia, (tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 3 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang dirawat yang terkena infeksi nosokomial seperti sepsis, pneumonia (tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)
	Denominator	: Jumlah pasien rawat inap 1 bulan
	Sumber data	: Laporan tim PPI
	Standar	: $\leq 1,5 \%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

F.	Indikator	: Angka Kejadian luka Decubitus
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Untuk mengetahui apakah teknik perawatan pasien tirah baring telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
	Definisi Operasional	: Decubitus adalah kerusakan/ kematian kulit yang terjadi akibat gangguan aliran darah setempat dan iritasi pada kulit dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan (dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya) dalam jangka waktu yang lama.
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami decubitus dalam periode satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang dirawat dalam periode satu bulan
	Sumber data	: Surveillance pengendali infeksi
	Standar	: $\leq 2\%$
	Penanggung jawab pengumpul data	: Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

G.	Indikator	: Angka Kejadian Phlebitis
	Dimensi Mutu	: Keselamatan pasien
	Tujuan	: Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan dan perawatan infus dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
	Definisi Operasional	: Phlebitis merupakan <i>inflamasi vena</i> yang disebabkan baik oleh <i>iritasi</i> kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi <i>intravena</i> . <i>Plebitis</i> dikarakteristikkan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan, bengkak, <i>indurasi</i> dan teraba mengeras di bagian vena yang terpasang <i>kateter intravena</i>
	Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
	Periode analisa	: 1 bulan
	Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami phlebitis dalam periode satu bulan
	Denominator	: Jumlah pasien yang terpasang infus dalam periode satu bulan
	Standar	: $\leq 2\%$
	Sumber data	: Surveillance pengendali infeksi
	Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Inap

WALIKOTA BENGKULU,

dto

H. HELMI HASAN