



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT PARU Dr. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO

Jalan Raya Puncak KM 83, Kotak Pos 28 Cisarua Bogor 16750

Telp. (0251) 8253630, 8257663 Faksimile (0251) 8254782, 8257662

Website: www.rspg-cisarua.co.id, Surat Elektronik: info@rspg-cisarua.co.id



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT PARU Dr.M GOENAWAN PARTOWIDIGDO
NOMOR: HK.0.03/DXLII.3/18245/2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN
RUMAH SAKIT PARU Dr.M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PARU Dr.M GOENAWAN PARTOWIDIGDO

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka memberikan pelayanan yang prima bagi pasien di setiap unit pelayanan RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo dan untuk mewujudkan sistem penyelenggaraan pelayanan yang baik, terpenuhinya hak-hak masyarakat dalam memperoleh pelayanan publik secara optimal;
- b. Bahwa dalam rangka mewujudkan partisipasi dan ketaatan masyarakat dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik, maka perlu ditetapkan standar pelayanan pada RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, maka perlu ditetapkan Keputusan Direktur Utama RS Paru Dr .M Goenawan Partowidigdo tentang Standar Pelayanan pada RS Paru Dr .M Goenawan Partowidigdo tentang Standar Pelayanan;
- Mengingat : 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan;
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);

9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT PARU DR.M GOENAWAN PARTOWIDIGDO**

KESATU : Standar Pelayanan pada RS Paru Dr .M Goenawan Partowidigdo ditetapkan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non-kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

KEDUA : Standar Pelayanan pada RSP Goenawan Partowidigdo terdiri atas:

1. dasar hukum;
2. persyaratan pelayanan;
3. prosedur;
4. waktu pelayanan;
5. biaya/tarif;
6. produk layanan;
7. sarana prasarana/fasilitas;
8. kompetensi pelaksana;
9. pengawasan internal;

10. penanganan pengaduan;
11. jumlah pelaksana;
12. jaminan pelayanan;
13. jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan; dan
14. evaluasi pelayanan.

- KETIGA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua tercantum pada Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.
- KEEMPAT : Sosialisasi dan pelaksanaan Keputusan ini dilakukan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan melalui Ketua Komite Mutu dan Ketua Tim Kerja Pelayanan Medik Paru Dr .M Goenawan Partowidigdo .
- KELIMA : Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Keputusan ini dilakukan oleh Ketua Komite Mutu dan Ketua Tim Kerja Pelayanan Medik bersama-sama dengan unit pelayanan terkait dilaporkan kepada Direktur Utama melalui Direktur Medik dan Keperawatan.
- KEENAM : Keputusan ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan. Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Bogor

Pada tanggal 7 Desember 2023

DIREKTUR UTAMA,



IDA BAGUS SILA WIWEKA

Lampiran
Keputusan Direktur Utama
RS Paru Dr.M. Goenawan Partowidigdo
Nomor : HK.02.03/DXLII.3/18245/2023
Tanggal : 7 Desember 2023

**STANDAR PELAYANAN
RS PARU DR.M GOENAWAN PARTOWIDIGDO**

A.INSTALASI REKAM MEDIS (PENDAFTARAN) TERPADU

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan; 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor

		<p>23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);</p> <p>8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);</p> <p>9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;</p> <p>13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<p>1. Pasien Peserta BPJS / JKN 1.Kartu berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu BPJS; 4.Rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP/Resume Medis; 5.Surat Eligibilitas Pelayanan (SEP).</p> <p>2. Pasien Jaminan Umum/Pribadi 1.Kartu Identitas berobat; 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport).</p> <p>3. Pasien Jaminan Perusahaan 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Surat Pengantar Jaminan dari Perusahaan; 4.Rujukan dari Klinik Perusahaan / dokter setempat/ Surat Jaminan Perusahaan (SJP).</p> <p>4. Pasien Asuransi 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu Asuransi; 4.Surat Rujukan dari Klinik terkait (untuk poliklinik yang memerlukan rujukan).</p>
3	Prosedur	<p>1. Pasien membuat perjanjian melalui <i>Whatsapp</i> pendaftaran online (H-1)/aplikasi RSPG (24 Jam) atau pasien langsung datang tanpa perjanjian (Sesuai jadwal poliklinik);</p> <p>2. Jika pasien sudah membuat perjanjian melalui <i>whatsapp</i> pendaftaran online, pasien akan diinformasikan melalui <i>whatsapp</i> pendaftaran online H-1 Jadwal praktek dokter dan diberikan nomor kode pendaftaran;</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Jika pasien sudah membuat perjanjian melalui aplikasi RSPG, pasien akan diinformasikan melalui aplikasi RSPG Jadwal praktek dokter dan diberikan nomor kode pendaftaran; 4. Pasien yang sudah melakukan perjanjian sebelumnya, melakukan check in pada hari berobat melalui admisi umum dan jaminan atau mesin anjungan pendaftaran mandiri dengan nomor kode perjanjian yang sudah diinformasikan dan nomor urut konsultasi ke dokter spesialis; 5. Pasien datang langsung tanpa perjanjian mendaftar melalui admisi umum dan jaminan atau mesin anjungan pendaftaran mandiri dengan memberikan persyaratan dan data yang dibutuhkan; 6. Petugas admisi memverifikasi identitas pasien dengan menanyakan nama lengkap, tanggal lahir pasien dan alamat pasien; 7. Petugas admisi memverifikasi berkas pasien perusahaan / asuransi; 8. Petugas Admisi mendaftarkan pasien sesuai dokter dan cluster yang dituju.
4	Waktu Pelayanan	<p>Senin s.d Jumat Pukul 07.00 s.d 13.00 WIB Tidak ada pelayanan saat libur nasional dan cuti bersama</p>
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo; 2. Peserta BPJS tanpa iur biaya
6	Produk Layanan	Pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan
7	Sarana Prasarana/Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Counter pendaftaran; 2. Ruang tunggu dilengkapi sofa/kursi, televisi; 3. Komputer; 4. Printer dan scanner; 5. Mesin anjungan pendaftaran mandiri; 6. Meja; 7. Kursi; 8. Jaringan internet; 9. Printer ID card; 10. Kursi roda; 11. Brankar 12. Telepon.
8	Kompetensi Pelaksana	Sarjana dan Diploma
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi; 2. Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen.
10	Penanganan Aduan	<p>Disampaikan melalui media aduan yang telah disediakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Email : humas.rspgcisarua@gmail.com; 2. Website : www.rspg-cisarua.co.id; 3. Whatsapp : 081350004165; 4. Kotak Saran; 5. Ruang pengaduan.
11	Jumlah Pelaksana	Terdiri dari:

			1 orang penanggung jawab; 2 orang pelaksana admisi pasien rawat jalan jaminan dan admin pendaftaran online; 1 orang pelaksana admisi pasien rawat jalan umum.
12	Jaminan Pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. 2. 3.	1. Data medis dan identitas pasien dijaga kerahasiaannya; 2. Pelayanan mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien; 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit.
14	Evaluasi Pelayanan	1. 2.	1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun; 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien.

B.INSTALASI GAWAT DARURAT

No	KOMPONEN		URAIAN
1	Dasar Hukum	1. 2. 3. 4. 5. 6.	1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan;

		<ol style="list-style-type: none"> 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340); 8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357); 9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659); 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis; 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308); 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan; 13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta BPJS / JKN <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) 2.Kartu BPJS; 2. Pasien Jaminan Umum/Pribadi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) 3. Pasien Asuransi /Jaminan Perusahaan <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) 2.KartuPeserta Asuransi 3.Surat Jaminan Perusahaan
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke IGD dapat berasal dari rujukan internal (poliklinik) yang memerlukan penanganan kegawatdaruratan, pasien yang datang sendiri maupun pasien rujukan eksternal (melalui Sisrute/SPGDT); 2. Pasien yang masuk ke IGD akan melalui proses triase untuk skrining dan pemilahan berdasarkan kriteria kegawatdaruratannya dan kasus infeksi atau non infeksi; 3. Selain menilai kondisi ABC petugas triase juga menilai: <ol style="list-style-type: none"> a.Kondisi pasien secara umum; b.Keluhan utama; c.Tanda vital sederhana yang meliputi kesadaran, frekuensi nadi, frekuensi nafas, dan derajat nyeri;

			<p>d.Komorbid yang dimiliki pasien; e.Risiko jatuh; f.Riwayat alergi; g.Penilaian risiko infeksi; h.Lokasi cedera.</p> <p>4. Pasien dengan kategori triase merah segera dikirim ke zona merah untuk dilakukan tindakan resusitasi baik resusitasi medikal maupun surgical; 5. Pasien dengan kategori triase kuning dilakukan tatalaksana dan perawatan emergency di zona kuning; 6. Pasien dengan kategori triase hijau dilakukan tatalaksana di zona hijau; 7. Pasien direncanakan rawat ke ruang perawatan atau; 8. Pulang berdasarkan hasil tata laksana yang diberikan.</p>
4	Waktu Pelayanan		24 jam, 7 hari dalam seminggu
5	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo; 2. Peserta BPJS tanpa iur biaya</p>	
6	Produk Layanan		Pelayanan Gawat Darurat
7	Sarana Prasarana/Fasilitas	<p>A.</p> <p>RUANGAN</p> <p>1.Ruang Dekontaminasi; 2.Ruang Triase; 3.Ruang Pendaftaran; 4.Ruang Resusitasi/ Tindakan Merah; 5.Zona Merah; 6.Zona Kuning (Ruang lantai 1, IGD anak, IGD Kebidanan); 7.Ruang Tindakan Kuning; 8.Zona Hijau; 9.Ruang Isolasi Tekanan Negatif; 10.Kamar Bersalin; 11.Ruang Bayi Transisi; 12.Ruang Radiologi; 13.Ruang Laboratorium;</p> <p>B.</p> <p>14.Kamar OperasiTelepon.</p> <p>ALAT MEDIK</p> <p>1.Termometer; 2.Ventilator; 3.Patient Monitor; 4.Monitor Hermodinamic Non Invasif; 5.Pulse Oxymetry; 6.Defibrilator; 7.Syringe Pump; 8.Infus Pump; 9.EKG; 10.USG Emergency; 11.USG Kebidanan; 12.Video Laryngoscope Laryngoscope Manual; 13.Slit Lamp X-Ray Portable; 14.CT-Scan; 15.Nebulizer; 16.AED;</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> 17.Tensimeter; 18.Suction Pump; 19.Flowmeter 20.High Flow Nasal Canul; 21.Hyper-Hypothermiatherapy; 22.Operating Lamp Operating Table; 23.Bag Valve Mask (Dewasa, Pediatric dan Neonatus); 24.Standar Tiang Infus; 25.Infant Warmer; 26.Baby Incubator; 27.Incubator Transport 28.Timbangan Berat Badan Dewasa; 29.Timbangan Berat Badan Neonatus; 30.Fetal Dopler; 31.Bed Patient Manual ; 32.Pressure Cuff Set Hecthing (Dewasa dan Pediatric); 33.Set Ganti Verband; 34.Set Partus; 35.Set WSD; 36.Otoscope; 37.Stetoscope; 38.Thermohyrometer; 39.Tabung O2 (ukuran 1,5 ml³ dan 6 ml³); 40.Regulator; 41.Stretcher Transfer ; 42.Computed Radiography; 43.Glucometer POCT; 44.Examination Lamp; 45.Head Lamp; 46.Bed Gynecology Harmonic Scaple; 47.Injektor Kontras; 48.Scope Stretcher; 49.Long Spine Board; C. 50.Troly Emergency; ALAT PERKANTORAN 1.Komputer set 2.Telfon Analog 3.Tablet 4.CCTV 5.Lemari 6.Loker 7.Printer 8.Mesin Scaning 9.Kursi 10.Meja Kerja 11.Handphone
8	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Perawat: Pendidikan minimal DIII dengan kompetensi kekhususan: gawat darurat, Critical Care, Perioperatif; 2. Bidan: Pendidikan minimal DIII Kebidanan; 3. Dokter Umum dengan pelatihan ACLS/ ATLS; 4. Radiografer: Pendidikan minimal DIII; 5. Farmasist: Pendidikan minimal DIII; 6. Analis Laboratorium: Pendidikan minimal DIII;
9	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi; 2.

			Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen.
10	Penanganan Aduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : humas.rspgcisarua@gmail.com; 2. Website : www.rspg-cisarua.co.id; 3. Whatsapp : 081350004165; 4. Kotak Saran; 5. Ruang pengaduan. 	Disampaikan melalui media aduan yang telah disediakan
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan asuhan keperawatan gawat darurat: 28 2. Memberikan asuhan kebidanan: 4 Bidan; 3. Melakukan primary survey/ initial assessment pasien gawat darurat: 9 dokter. 	
12	Jaminan Pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya; 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien; 3. Pengawasan tatalaksana medis dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP); 4. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit. 	
14	Evaluasi Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun; 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien. 	

C.INSTALASI RAWAT JALAN

No	KOMPONEN		URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 	

		<p>Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan; 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340); 8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357); 9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659); 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis; 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308); 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan; 13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta BPJS / JKN <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu BPJS; 4.Rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP/Resume Medis; 5.Surat Eligibilitas Pelayanan (SEP). 2. Pasien Jaminan Umum/Pribadi <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu Identitas berobat; 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport). 3. Pasien Jaminan Perusahaan <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Surat Pengantar Jaminan dari Perusahaan;

		4. Rujukan dari Klinik Perusahaan / dokter setempat/ Surat Jaminan Perusahaan (SJP). Pasien Asuransi 1. Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2. Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3. Kartu Asuransi; 4. Surat Rujukan dari Klinik terkait (untuk poliklinik yang memerlukan rujukan).
3	Prosedur	1. Pasien membuat perjanjian melalui call center/whatsapp center/aplikasi RSPG atau pasien langsung datang tanpa perjanjian; 2. Jika pasien sudah membuat perjanjian pasien akan diinformasikan melalui SMS center H-1 Jadwal praktek dokter dan diberikan nomor kode pendaftaran; 3. Pasien mendaftar melalui admisi umum dan jaminan atau mesin anjungan pendaftaran mandiri dengan nomor kode perjanjian yang sudah di informasikan dan nomor urut konsultasi ke dokter spesialis; 4. Petugas admisi melakukan verifikasi identitas pasien dengan menanyakan nama lengkap dan tanggal lahir pasien; 5. Petugas admisi memverifikasi berkas pasien perusahaan atau asuransi; 6. Petugas Admisi mendaftarkan pasien sesuai dokter dan poliklinik yang dituju; 7. Pasien diarahkan menuju poliklinik yang dituju; 8. Dilakukan pemeriksaan tanda vital oleh Perawat Poliklinik; 9. Pasien diperiksa dokter; 10. Edukasi rencana tindak lanjut (Pemeriksaan penunjang, konsul antar poli, tindakan dan atau penunjang lainnya); 11. Pasien menuju layanan farmasi; 12. Pelayanan kefarmasian; 13. Kasir (Pasien Tunai).
4	Waktu Pelayanan	Senin s.d Jumat Pukul 07.00 s.d 13.00 WIB Tidak ada pelayanan saat libur nasional dan cuti bersama
5	Biaya/Tarif	1. Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo; 2. Peserta BPJS tanpa iur biaya
6	Produk Layanan	A. Pelayanan Poliklinik Reguler 1. Poli Paru; 2. Poli DOTS; 3. Poli Asma-PPOK; 4. Poli Onkologi Toraks; 5. Poli Obsgyn; 6. Poli Jantung dan Pembuluh Darah; 7. Poli Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi; 8. Poli Penyakit dalam; 9. Poli Bedah; 10. Poli Anak; 11. Poli Penyakit Kulit dan Kelamin;

			12.Poli Bedah Toraks; 13.Poli Berhenti Merokok; 14.Poli PITC; B. Pelayanan Poli Heritage; C. Pelayanan Medical Check Up.
7	Sarana Prasarana/Fasilitas	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17.	Counter pendaftaran; Ruang tunggu dilengkapi sofa/kursi, televisi; Komputer; Printer dan scanner; Mesin anjungan pendaftaran mandiri; Meja; Kursi; Jaringan internet; Printer ID card; Kursi roda; Brankar; Telepon; Sistem antrian (Monitor TV-Display antrian); Microphone; Dokumen Rekam Medik; Kartu pasien; ATK.
8	Kompetensi Pelaksana		Dokter Spesialis, Dokter Umum ,Perawat dan Penunjang Lainnya
9	Pengawasan Internal	1. 2.	Monitoring dan Evaluasi; Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen.
10	Penanganan Aduan	1. 2. 3. 4. 5.	Disampaikan melalui media aduan yang telah disediakan Email : humas.rspg-cisarua@gmail.com ; Website : www.rspg-cisarua.co.id ; Whatsapp : 081350004165; Kotak Saran; Ruang pengaduan.
11	Jumlah Pelaksana	A. B. C.	Tenaga Kesehatan 1.Tenaga Medis Dokter (Dokter Spesialis, Dokter Umum) : 38 orang 2.Tenaga Perawat (Perawat Spesialis, Perawat Sarjana, Perawat Primer,Perawat Pelaksana : 12 orang Tenaga Kesehatan Lainnya : 1.Fisioterapi : 3 orang 2.Sanitarian : 2 orang Tenaga Non Kesehatan : 1.Administrasi /Asisten Perawat /SMA Sederajat yang sudah terlatih/pekerja : 3orang 2.Tenaga Alih Daya/ outsourcing Cleaning Service/lainnya : 2 orang
12	Jaminan Pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien

13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya; 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien; 3. Pengawasan tatalaksana medis dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP); 4. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit.
14	Evaluasi Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun; 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien.

D.INSTALASI RAWAT INAP

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan; 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik

		<p>Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);</p> <p>8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);</p> <p>9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;</p> <p>13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<p>1. Pasien Peserta BPJS / JKN 1.Kartu berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu BPJS; 4.Rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP/Resume Medis; 5.Surat Eligibilitas Pelayanan (SEP).</p> <p>2. Pasien Jaminan Umum/Pribadi 1.Kartu Identitas berobat; 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport).</p> <p>3. Pasien Jaminan Perusahaan 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Surat Pengantar Jaminan dari Perusahaan; 4.Rujukan dari Klinik Perusahaan / dokter setempat/ Surat Jaminan Perusahaan (SJP).</p> <p>4. Pasien Asuransi 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu Asuransi; 4.Surat Rujukan dari Klinik terkait (untuk poliklinik yang memerlukan rujukan).</p>
3	Prosedur	<p>1. IGD atau Rawat Jalan memberi edukasi kepada pasien untuk di rawat inap sesuai indikasi medis dengan memberikan surat perintah rawat inap kepada keluarga pasien;</p> <p>2.</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Keluarga pasien memberikan surat perintah rawat inap ke bagian pendaftaran; Petugas pendaftaran akan mencarikan ruang rawat inap yang tersedia untuk pasien dan menginput yang di rawat inap ke dalam sistem informasi rumah sakit; 4. Petugas di ruang rawat inap menyiapkan tempat tidur pasien; 5. Petugas IGD atau rawat jalan mengirim pasien ke ruang rawat inap; 6. Serah terima pasien dari petugas IGD / rawat jalan dengan petugas rawat inap; 7. Perawat rawat inap memastikan kebenaran identitas pasien dan kelengkapan administrasinya; 8. Perawat rawat inap menerima pasien; 9. Perawat melakukan asesmen rawat inap; 10. Dokter jaga melakukan kajian awal rawat inap; 11. Dokter Penanggung Jawab Pasien atau dokter jaga melakukan asesmen, perencanaan, dan tindakan medis sesuai dengan kondisi pasien; 12. Perawat melakukan asuhan keperawatan dan menindaklanjuti perencanaan medis rawat inap; 13. Dokter dan perawat melakukan follow up pasien; 14. Selama dalam perawatan pasien mendapatkan pelayanan gizi, farmasi, pemeriksaan penunjang, sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan sesuai kebutuhan klinis pasien; 15. Selama masa perawatan pasien yang memerlukan kolaborasi antar PPA dikoordinasikan oleh Manajer Pelayanan Pasien sesuai kriteria; 16. Jika pasien memerlukan pelayanan seperti tindakan yang beresiko tinggi, pelayanan transfusi, kemoterapi dan operasi, akan diminta persetujuan informed consent sebelum layanan diberikan; 17. Apabila DPJP telah memberikan ijin pulang, maka DPJP akan membuat resep obat pulang dan melengkapi resume pulang pasien. 18. Perawat ruangan melakukan entry billing tindakan yang dilakukan kepada pasien; 19. Perawat memeriksa kelengkapan persiapan pulang pasien; 20. Kepala ruangan memastikan kelengkapan persiapan pasien pulang; 21. Kasir akan melakukan closing billing; 22. Keluarga akan memberikan kuitansi kuning kepada petugas rawat inap setelah menyelesaikan administrasi; Petugas rawat inap mengantar pasien pulang ke tempat penjemputan pasien pulang di Rumah Sakit.
4	Waktu Pelayanan	Setiap hari selama 24 jam
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo; 2. Peserta BPJS tanpa iur biaya

6	Produk Layanan		Pelayanan pasien rawat inap Penyakit Paru Infeksi, Penyakit Paru Non Infeksi, Kemoterapi Kanker Paru, Rawat inap umum (Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, Bedah Umum, Jantung Pembuluh Darah, Kulit Kelamin dan anak)
7	Sarana Prasarana/Fasilitas	<p>A. Ruang 1. Ruang VIP 2. Ruang Kelas I dan II 3. Ruang Kelas III 4. Ruang Isolasi</p> <p>B. Ruang rawat 1. AC 1 unit; 2. Kamar mandi 1 unit dengan exhaust fan dan bel kamar mandi serta hand ril; 3. Ruang dengan sekat horden menggantung; 4. Instalasi oksigen dan kompresor air untuk masing-masing bed serta vacum 2 unit per ruangan; 5. Heat detector dan springkle 1 unit per kamar; 6. Lampu ruangan; 7. Nurse call per bed 8. Kursi penunggu pasien 1 unit; 9. Keamanan dan ketertiban ruangan;</p> <p>C. 10. Kebersihan ruangan. Perlengkapan perawatan 1. Bed 1 unit; 2. Lemari pasien / bed side cabinet 1 unit;</p> <p>D. 3. Tiang infus. Perlengkapan Penunjang 1. Alat kedokteran; 2. Linen pasien; 3. Cek Laboratorium; 4. Farmasi; 5. Gizi; 6. Rekam medis</p>	
8	Kompetensi Pelaksana	<p>A. Tenaga Kesehatan: 1. Tenaga Medis Dokter (Dokter Spesialis, Dokter Umum); 2. Tenaga Perawat;</p> <p>B. Tenaga Kesehatan Lainnya : 1. Fisioterapi ; 2. Sanitarian ;</p> <p>C. Tenaga Non Kesehatan : 1. Administrasi/Asisten Perawat/SMA Sederajat yang sudah terlatih; 2. Tenaga Alih Daya/ outsourcing (Cleaning Service/lainnya)</p>	
9	Pengawasan Internal	<p>1. Monitoring dan Evaluasi; 2. Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen.</p>	
10	Penanganan Aduan	<p>1. Email : humas.rspg-cisarua@gmail.com; 2. Website : www.rspg-cisarua.co.id; 3. Whatsapp : 081350004165; 4. Kotak Saran;</p>	Disampaikan melalui media aduan yang telah disediakan

		5.	Ruang pengaduan.
11	Jumlah Pelaksana		Sesuai Kebutuhan Ruangan;
12	Jaminan Pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. 2. 3. 4.	Data medis pasien dijaga kerahasiaannya; Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien; Pengawasan tatalaksana medis dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP); Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit.
14	Evaluasi Pelayanan	1. 2.	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun; Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien.

E. PELAYANAN PENUNJANG MEDIS RAWAT JALAN

No	KOMPONEN		URAIAN
1	Dasar Hukum	1. 2. 3. 4. 5. 6.	Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072); Undang Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan;

		<ol style="list-style-type: none"> 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340); 8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357); 9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659); 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis; 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308); 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan; 13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta BPJS / JKN <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu BPJS; 4.Rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP/Resume Medis; 5.Surat Eligibilitas Pelayanan (SEP). 2. Pasien Jaminan Umum/Pribadi <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu Identitas berobat; 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport). 3. Pasien Jaminan Perusahaan <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Surat Pengantar Jaminan dari Perusahaan; 4.Rujukan dari Klinik Perusahaan / dokter setempat/ Surat Jaminan Perusahaan (SJP). 4. Pasien Asuransi <ol style="list-style-type: none"> 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu Asuransi; 4.Surat Rujukan dari Klinik terkait (untuk poliklinik yang memerlukan rujukan).

3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien cetak SEP jaminan di anjungan pasien mandiri (APM) atau petugas admission melakukan pendaftaran pasien dan memberikan kartu indeks berobat; 2. Petugas administratif meminta kartu indeks berobat kemudian mencatat identitas pasien ke dalam rekam medis. Dan mempersilahkan pasien untuk menunggu di ruang tunggu sesuai poliklinik yang dituju; 3. Dokter melakukan pemeriksaan kondisi pasien dan bila diperlukan pasien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai indikasi; 4. Pasien melakukan pembayaran sebelum mendapatkan tindakan penunjang (pasien tunai) 5. Pasien menuju ruang pemeriksaan penunjang (Laboratorium/ radiologi); 6. Dilakukan pengambilan sampel atau pemeriksaan penunjang kepada pasien sesuai dengan permintaan dokter spesialis yang sudah melakukan pemeriksaan kepada pasien; 7. Petugas di bagian penunjang akan menginput hasil pemeriksaan di rekam medis elektronik dan memberikan hasil pemeriksaan kepada pasien; 8. Pasien kembali ke ruang pemeriksaan dokter; 9. Dokter akan menjelaskan hasil pemeriksaan penunjang kepada pasien.
4	Waktu Pelayanan	<p>Senin s.d Jumat Pukul 07.00 s.d 13.00 WIB</p>
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo; 2. Peserta BPJS tanpa iur biaya
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1.Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik 2.Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi 3.Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi Klinik 4.Pelayanan Radiologi
7	Sarana Prasarana/Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1.Ruang pemeriksaan ; 2.Ruang pemeriksaan diagnostik; 3.Ruang tindakan; 4.Ruang konsultasi; 5.Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM).
8	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1.Tenaga Dokter Spesialis; 2.Tenaga Keperawatan; 3.Refraksionis optisien.
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi; 2. Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen.
10	Penanganan Aduan	<p>Disampaikan melalui media aduan yang telah disediakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Email : humas.rspgcisarua@gmail.com; 2. Website : www.rspg-cisarua.co.id; 3. Whatsapp : 081350004165; 4. Kotak Saran; 5. Ruang pengaduan.
11	Jumlah Pelaksana	<p>Perawat Poli 9 orang Bidan 3 orang</p>

			Pekarya 3 orang
12	Jaminan Pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya; 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien; 3. Pengawasan tatalaksana medis dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP); 4. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit. 	
14	Evaluasi Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun; 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien. 	

F. PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan; 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

		<p>(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);</p> <p>8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);</p> <p>9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;</p> <p>13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<p>1. Pasien Peserta BPJS / JKN 1.Kartu berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu BPJS; 4.Rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP/Resume Medis; 5.Surat Eligibilitas Pelayanan (SEP).</p> <p>2. Pasien Jaminan Umum/Pribadi 1.Kartu Identitas berobat; 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport).</p> <p>3. Pasien Jaminan Perusahaan 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Surat Pengantar Jaminan dari Perusahaan; 4.Rujukan dari Klinik Perusahaan / dokter setempat/ Surat Jaminan Perusahaan (SJP).</p> <p>4. Pasien Asuransi 1.Kartu Berobat (bagi pasien lama); 2.Kartu Identitas (KTP/SIM/Pasport); 3.Kartu Asuransi; 4.Surat Rujukan dari Klinik terkait (untuk poliklinik yang memerlukan rujukan).</p>
3	Prosedur	<p>1. Dokter/perawat di rawat inap dan atau rawat jalan melakukan permintaan penjadwalan pasien rencana tindakan operasi ke Instalasi Bedah Sentral;</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Petugas administrasi atau petugas di Instalasi Bedah Sentral menerima, mencatat, dan membuat jadwal sesuai dengan permintaan; 3. Kepala Ruangan atau Penanggung Jawab tim jaga menetapkan tim yang terlibat dan menentukan kamar operasi sesuai dengan jenis tindakan yang akan dilakukan; 4. Dokter Penanggung Jawab Pasien melakukan penilaian dan pemeriksaan untuk persiapan operasi serta memberikan penjelasan kepada pasien/keluarga tentang tindakan anestesi yang akan dilakukan serta kemungkinan segala risiko/komplikasi; DPJP melakukan konsultasi kepada dokter spesialis yang terkait jika diperlukan; 6. Jenis pemeriksaan penunjang dilakukan berdasarkan lama pembedahan, jumlah perdarahan, dan lokasi pembedahan; 8. Penata Anestesi memberikan informasi kepada Dokter Spesialis Anestesi dan melakukan persiapan anestesi pada pasien sesuai dengan jenis tindakan yang akan dilakukan. 9. Dokter Spesialis Anestesi menerima rujukan pasien yang memerlukan tindakan anestesi; 10. Pada hari pelaksanaan tindakan pasien sudah berada di ruang persiapan; 11. Dibuat asesmen ulang dan pemeriksaan tanda-tanda vital oleh perawat ruang operasi; 13. Dilakukan tindakan anestesi umum oleh dr anestesi; Dilakukan tindakan operasi/intervensi paru sesuai dengan indikasi dan diagnosis yang sudah dibuat; 14. Selama tindakan berlangsung dilakukan pengawasan tanda-tanda vital dan kondisi pasien oleh dokter spesialis anestesi dan penata anestesi; 15. Selesai tindakan pasien akan di observasi di ruang pemulihan; <p>Pasien di kirim ke ruang rawat setelah dilakukan serah terima pasien dari perawat OK kepada perawat ruang perawatan.</p>
4	Waktu Pelayanan	<p>Senin s.d Jumat Pukul 07.00 s.d 13.00 WIB</p>
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo; 2. Peserta BPJS tanpa iur biaya
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Anestesi 2. Pelayanan Operasi 3. Pelayanan tindakan intervensi paru
7	Sarana Prasarana/Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu; 2. Ruang penerimaan; 3. Ruang anteroom; 4. Ruang Tindakan; 5. Ruang pemulihan; 6. Ruang dokter;

			<p>7.Ruang perawat; 8.Kamar ganti petugas; 9.Toilet petugas; 10.Spoelhock; 11.Ruang bilas pasca tindakan infeksius; 12.Toilet pasien; 13.Gudang; 14.Ruang panel; 15.Ruang gas medis.</p>
8	Kompetensi Pelaksana		<p>1.Tenaga Dokter Spesialis; 2.Tenaga Keperawatan; 3.Tenaga Penata Anestesi; 4.Tenaga Administrasi Umum.</p>
9	Pengawasan Internal	<p>1. 2.</p>	<p>Monitoring dan Evaluasi; Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen.</p>
10	Penanganan Aduan	<p>1. 2. 3. 4. 5.</p>	<p>Disampaikan melalui media aduan yang telah disediakan Email : humas.rspgcisarua@gmail.com; Website : www.rspg-cisarua.co.id; Whatsapp : 081350004165; Kotak Saran; Ruang pengaduan.</p>
11	Jumlah Pelaksana		<p>Dokter Spesialis Paru : 5 orang Dokter Spesialis Bedah Toraks Kardiak Vaskuler : 1 orang Dokter Spesialis Anestesi : 1 orang Dokter Spesialis Bedah Umum : 1 orang Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan : 2 orang Perawat Bedah : 10 orang Perawat Anestesi : 3 orang Pekarya : 1 orang Pekarya 3 orang</p>
12	Jaminan Pelayanan		<p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien</p>
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. 2. 3. 4.</p>	<p>Data medis pasien dijaga kerahasiaannya; Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien; Pengawasan tatalaksana medis dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP); Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit.</p>
14	Evaluasi Pelayanan	<p>1. 2.</p>	<p>Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun; Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien.</p>

G. PELAYANAN FARMASI

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none">1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan;7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia

		<p>Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;</p> <p>13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<p>1.Surat Eligibilitas Pelayanan (SEP)</p> <p>2.Rujukan dari Klinik Perusahaan / dokter setempat</p> <p>3.Surat Jaminan Perusahaan (SJP)</p> <p>4.E-prescribing</p> <p>5.Resep RSPG</p>
3	Prosedur	<p>1. Dokter membuat resep elektronik/ manual ke satelit farmas;</p> <p>2. Tenaga kefarmasian memverifikasi resep sebelum menyiapkan Sediaan farmasi, alat kesehatan, BMHP;</p> <p>3. Tenaga kefarmasian menyiapkan Sediaan farmasi, alat kesehatan, BMHP;</p> <p>4. Sebelum diserahkan, tenaga kefarmasian memeriksa kembali kesesuaian obat dengan resep dan melakukan telaah obat yang meliputi identitas pasien, nama obat, kekuatan, bentuk sediaan dan aturan pakai serta menuliskan inisial nama pada lembar resep;</p> <p>5. Tenaga farmasi menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan, BMHP, dan/atau suplemen kesehatan kepada pasien/keluarga pasien di fasilitas pelayanan kefarmasian, atau melalui jasa pengantaran yang ditunjuk.</p>
4	Waktu Pelayanan	24 jam, 7 hari dalam seminggu
5	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo;</p> <p>2. Peserta BPJS tanpa iur biaya</p>
6	Produk Layanan	<p>1. Pelayanan pemberian sediaan farmasi, alat kesehatan dan Barang Medis habis Pakai (BMHP);</p> <p>2. Pelayanan produksi sediaan farmasi adalah pembuatan sediaan farmasi dengan cara peracikan/pencampuran, pengenceran dan pengemasan kembali bahan baku atau obat menjadi sediaan farmasi sesuai aturan kefarmasian.</p>
7	Sarana Prasarana/Fasilitas	<p>1.Ruang penyimpanan yang memadai;</p> <p>2.Ruang racik dilengkapi dengan exhaust;</p> <p>3.Rak/ lemari penyimpanan obat dan alat kesehatan;</p> <p>4.Lemari pendingin dan cool box untuk obat termolabil;</p> <p>5.Lemari penyimpanan narkotika dan obat psikotropik dengan pengamanan berlapis (kunci double);</p> <p>6.Tempat menyimpan bahan yang mudah terbakar,</p>

			<p>disimpan dalam lemari tahan api dan diberi tanda khusus bahan berbahaya; 7.Peralatan penyimpanan; 8.Pallet; 9.Peralatan peracikan; 10.Pemantau suhu ruangan dan suhu lemari pendingin terkalibrasi (thermometer/ thermohygrometer); 11.Peralatan kantor untuk administrasi; 12.Komputer/ laptop dan printer; 13.Jaringan sistem IT (intranet dan internet); 14.Printer etiket; 15.Meja dan kursi; 16.Sistem Informasi Rumah Sakit; 17.Ketersediaan barang ATK, cetakan dan formulir; 18.Keamanan dan akses terbatas (CCTV dan Akses control); 19.AC Ruang; 20.Penerangan,sarana air,ventilasi dan sistem pembuangan Limbah; 21.Alarm dan alat pemadam kebakaran; 22.Standar Prosedur Operasional dan Instruksi kerja; 23.Microphone (fasilitas pemanggil pasien); 24.Kepustakaan yang memadai untuk Pelayanan Informasi Obat; 25.Trolley barang; 26.Dispenser; 27.Wastafel; 28.Papan pengumuman; 29.Papan nama satelit; 30.Telepon internal dan eksternal; 31.Loker penyimpanan tas pegawai di luar area satelit farmasi.</p>
8	Kompetensi Pelaksana		<p>Tenaga Apoteker/S2 Farmasi Tenaga Teknis Kefarmasian Tenaga Administrasi Umum</p>
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi; 2. Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen. 	
10	Penanganan Aduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : humas.rspgcisarua@gmail.com; 2. Website : www.rspg-cisarua.co.id; 3. Whatsapp : 081350004165; 4. Kotak Saran; 5. Ruang pengaduan. 	
11	Jumlah Pelaksana		<p>Tenaga Apoteker : 8 orang Tenaga Teknis Kefarmasian : 14 orang Tenaga Administrasi Umum: 4 orang</p>
12	Jaminan Pelayanan		<p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien</p>

13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya; 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien; 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit.
14	Evaluasi Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun; 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien.

H. PELAYANAN GIZI

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 3. Undang Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573); 6. Undang – Undang Kesehatan Nomor 7 Tahun 2023, pasal 19 ayat 2 tentang penetapan standar pelayanan; 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia

		<p>Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);</p> <p>8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);</p> <p>9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;</p> <p>13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<p>Pasien rawat jalan :</p> <p>Pasien yang dirujuk oleh DPJP ke Pusat Layanan Edukasi dan Konseling Gizi dengan mengisi formulir rujukan konsultasi gizi di aplikasi ERM oleh DPJP;</p> <p>Pasien rawat inap :</p> <p>Dirujuk oleh DPJP kepada Nutrisionis dan atau dengan hasil verifikasi skrining gizi beresiko malnutrisi.</p>
3	Prosedur	<p>A. Rawat Jalan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter menginput permintaan konsultasi gizi dan mengisi formulir rujukan konsultasi gizi di aplikasi ERM; 2. Pasien datang ke poliklinik gizi dengan membawa barcode pasien; 3. Nutrisionis yang bertugas mengapprove permintaan rujukan konsultasi gizi di aplikasi ERM ; 4. Pasien mendapatkan pelayanan konsultasi gizi dari nutrisionis yang bertugas; 5. Nutrisionis yang bertugas mengisi jawaban konsultasi sesuai dengan hasil konsultasi gizi yang dilakukan. <p>B. Rawat Inap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrisionis melakukan skrining gizi dengan metode MST (Malnutrition Screening Tools) untuk pasien dewasa dan Strong Kid untuk Pasien Anak; 2. Jika hasil skrining gizi menunjukkan bahwa pasien beresiko malnutrisi maka Nutrisionis akan melakukan Pelayanan Asuhan Gizi Terstandar yaitu dimulai dari Assesment Gizi, Diagnosa Gizi, Intervensi Gizi, sampai dengan Monitoring dan Evaluasi Gizi;

			3.Nutrisionis mengisi hasil Asuhan Gizi yang telah dilakukan pada form Asuhan Gizi didalam ERM dan berkoordinasi dengan petugas gizi di pelayanan makanan pasien untuk memberikan pelayanan makan sesuai diet yang telah ditentukan.
4	Waktu Pelayanan		Senin – Jum'at Pukul 07.30 – 16.00 WIB
5	Biaya/Tarif	1.	Pasien Umum /Perusahaan /Asuransi sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor KU.01.01/II/157/2014 Tentang Pemberlakuan Tarif Pelayanan di RS Paru Dr.M Goenawan Partowidigdo;
		2.	Peserta BPJS tanpa iur biaya
6	Produk Layanan	1.	Pelayanan Asuhan Gizi Terstandar/Konseling Gizi Pasien Rawat Jalan
		2.	Pelayanan Asuhan Gizi Terstandar/Konseling Gizi Pasien Rawat Inap
7	Sarana Prasarana/Fasilitas		1.Ruang konseling; 2.Food Model; 3.Timbangan ; 4.Alat ukur Tinggi Badan; 5.Media edukasi/Leaflet; 6.EMR (Electronic Medical Record); 7.Komputer; 8.Meja; 9.Kursi; 10.Jaringan internet.
8	Kompetensi Pelaksana		Nutrisionis
9	Pengawasan Internal	1.	Monitoring dan Evaluasi;
		2.	Supervisi dan telusur internal Penanggung jawab unit dan Manajemen.
10	Penanganan Aduan		Disampaikan melalui media aduan yang telah disediakan
		1.	Email : humas.rspg-cisarua@gmail.com ;
		2.	Website : www.rspg-cisarua.co.id ;
		3.	Whatsapp : 081350004165;
		4.	Kotak Saran;
		5.	Ruang pengaduan.
11	Jumlah Pelaksana		Nutrisionis 4 Orang
12	Jaminan Pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan kepuasan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1.	Data medis pasien dijaga kerahasiaannya;
		2.	Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien;
		3.	Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) rumah sakit.
14	Evaluasi Pelayanan	1.	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun;
		2.	Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya tindak lanjut untuk meningkatkan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien.

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
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 Instalasi 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 Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan 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 ke gawat daruratan

Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

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

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, 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 (menit)
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 (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu
-----------------------------------	--

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang 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 (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak datang pasien
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 Instalasi 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 Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah 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 Instalasi 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 Instalasi 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 Instalasi 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 Instalasi 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 (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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

III. 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 Instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di 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 Instalasi rawat inap
-----------------------------------	-----------------------------

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi 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, flebitis, 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	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi 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 instalasi 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 tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	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 tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan 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 inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis 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 Instalasi rawat inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai 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	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja 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 anestesi 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	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi 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	Kepala instalasi 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	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi 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	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi 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 tindakan 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	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
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 <i>endotracheal tube</i>
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	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

V. 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	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklamsia dan elamspia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai <p>Eklamsia adalah tanda pre eklamsia 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 persalinan yang tidak mengalami kemajuan pada fase laten dan fase aktif.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis.

Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab	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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	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 analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 100%
Penanggung jawab	Komite mutu

7.a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

7.b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

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

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %

Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi
------------------	----------------------------

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah

	adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
------------------	-------------------------------

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

X. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi
------------------	--------------------------

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

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

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

XI. Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis

Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

XIII. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2. Kelengkapan informed consent setelah 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 consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik 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 analisis	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 < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi 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 analisis	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	Kepala instalasi rekam medis

XV. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2. 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 : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang 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	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XVI. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	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 pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	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 analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	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 analisis	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	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 dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	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	>60%
Penanggung jawab	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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	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 analisis	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	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 analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	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 analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	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	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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah

Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	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 tepatwaktu 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 analisis	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	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

XXI. PENCEGAHAN 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 analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	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 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	75%
Penanggung jawab	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 instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RUMAH SAKIT

A. RAWAT JALAN

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti 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 dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

