



BUPATI FLORES TIMUR  
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

PERATURAN BUPATI FLORES TIMUR  
NOMOR 8 TAHUN 2023

TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
dr. HENDRIKUS FERNANDEZ LARANTUKA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI FLORES TIMUR,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Hendrikus Fernandez Larantuka;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6842);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HENDRIKUS FERNANDEZ LARANTUKA.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Flores Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Flores Timur.
3. Bupati adalah Bupati Flores Timur.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Flores Timur.
5. RumahSakitUmum Daerah dr. Hendrikus Fernandez Larantuka yang selanjutnya disebut RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka adalah fasilitas kesehatan milik Pemerintah Daerah yang merupakan unit pelaksana teknis dinas bersifat khusus yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawatinap, rawat jalan serta gawat darurat.
6. Direktur adalah Direktur RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka.
7. Dewan Pengawas adalah lembaga pengawas Rumah Sakit yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Bupati.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan Daerah pada umumnya.
9. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

10. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

## BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

### Pasal 2

- (1) SPM RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) SPM RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang harus dipenuhi oleh RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka.
- (3) SPM RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilaksanakan oleh RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan yang bermutu dan terjangkau.

### Pasal 3

- (1) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara operasional dilaksanakan melalui penerapan standar pelayanan RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka di bawah koordinasi instalasi-instalasi dan komite medis RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

### Pasal 4

- (1) SPM RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur.
- (2) Evaluasi dan perbaikan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

## BAB III PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

### Pasal 5

- (1) Untuk memantau penerapan dan pencapaian SPM RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka, dilakukan pembinaan dan pengawasan oleh Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pembinaan dan pengawasan teknis dan keuangan.
- (3) Dalam pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

BAB IV  
LAPORAN

Pasal 6

- (1) Direktur menyusun laporan penerapan dan pencapaian SPM setiap tahun anggaran.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Bupati paling lambat 3 (tiga) bulan setelah berakhirnya tahun anggaran.

BAB V  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Flores Timur Nomor 16 Tahun 2013 tentang Standard Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Larantuka (Berita Daerah Kabupaten Flores Timur Tahun 2013 Nomor 49), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

BAB V  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Flores Timur Nomor 16 Tahun 2013 tentang Standard Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Larantuka (Berita Daerah Kabupaten Flores Timur Tahun 2013 Nomor 49), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Larantuka  
pada tanggal 9 Maret 2023  
PENJABAT BUPATI FLORES TIMUR,

ttd

DORIS ALEXANDER RIHI

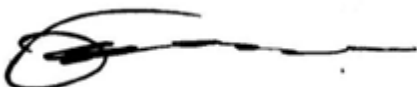
Diundangkan di Larantuka  
pada tanggal 9 Maret 2023  
PENJABAT SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN FLORES TIMUR,

ttd

PETRUS PEDO MARAN

BERITA DAERAH KABUPATEN FLORES TIMUR TAHUN 2023 NOMOR 8

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM,



YORDANUS HOGA DATON  
PEMBINA TK.I  
NIP.19780426 200212 1 007

# **STANDAR PELAYANAN MINIMUM**

**RSUD dr. Hendrikus Fernandez  
Larantuka**



STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HENDRIKUS FERNANDEZ LARANTUKA

BAB I  
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan amanat Pasal 28H ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum lainnya serta dengan diberlakukannya otonomi daerah, bidang kesehatan merupakan salah satu bidang yang wajib dilaksanakan oleh daerah kabupaten/kota di mana pemerintah kabupaten/kota bertanggung jawab sepenuhnya terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya. Untuk itu penyelenggaraan pelayanan rumah sakit menjadi kewajiban bagi pemerintah daerah.

Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagaimana yang diharapkan dalam penetapan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Sebagai salah satu syarat administratif yang harus dipenuhi dalam Badan Layanan Umum adalah rumah sakit wajib memiliki Dokumen Standar Pelayanan Minimal. Untuk itu Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Sejalan dengan perkembangan perumahsakit dan dengan mempertimbangkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit dan kebutuhan masyarakat, maka standar pelayanan minimal yang sudah ada disempurnakan kembali sebagai tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat dan sebagai panduan bagi rumah sakit untuk melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit adalah satu upaya untuk memperlihatkan pelayanan atau kegiatan yang minimal harus dilakukan oleh rumah sakit dalam pelayanan kepada masyarakat. Dengan ditetapkannya standar pelayanan minimal RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka, maka dapat diketahui jenis kegiatan yang dilakukan di rumah sakit, indikator kerjanya dan standarnya sehingga gambaran ini memudahkan untuk melihat sejauh mana pelayanan minimal yang telah dilakukan serta memudahkan menilai kinerja RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka. Keadaan ini juga mempermudah Pemerintah Daerah Kabupaten Flores Timur untuk mengalokasikan seberapa besar biaya yang dibutuhkan untuk kegiatan pelayanan di RSUD dr. Hendrikus Fernandez

Larantuka, dengan merujuk kepada hasil pencapaian masing-masing indikator yang dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

## C. PENGERTIAN UMUM DAN KHUSUS

### 1. PENGERTIAN UMUM

- a. Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap.
- b. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka kepada masyarakat.

### 2. PENGERTIAN KHUSUS

- a. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
- b. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu, atau tolok ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
- c. Target adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan wajib dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan pemilik rumah sakit.
- d. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
- e. Definisi operasional adalah uraian untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
- f. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
- g. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
- h. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
- i. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
- j. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan/pencatatan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

## D. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja;
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah;

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah; dan
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

## BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

### A. JENIS PELAYANAN

Jenis-jenis pelayanan yang dimonitoring dalam penerapan standar pelayanan minimal rumah sakit meliputi:

1. pelayanan gawat darurat;
2. pelayanan rawat jalan;
3. pelayanan rawat inap;
4. pelayanan bedah sentral;
5. pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. pelayanan intensif;
7. pelayanan radiologi;
8. pelayanan laboratorium patologi klinik;
9. pelayanan rehabilitasi medik;
10. pelayanan farmasi;
11. pelayanan gizi;
12. pelayanan transfusi darah;
13. pelayanan pasien dari keluarga miskin;
14. pelayanan rekam medik;
15. pelayanan pengelolaan limbah;
16. pelayanan administrasi manajemen;
17. pelayanan ambulans/mobil jenazah;
18. pelayanan pemulasaran jenazah;
19. pelayanan *laundry*;
20. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
21. Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
22. pelayanan Keamanan.

### B. STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR TARGET, DAN STANDAR

#### 1. Pelayanan Gawat Darurat

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
1	Pelayanan Gawat Darurat	<i>Input</i>	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%
			2. Pemberian pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/GELS) yang masih berlaku	100%



No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
			3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang
			6. Tidak adanya keseharusan membayar uang muka	100%
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam )	≤ 2 perseribu
		Outcome	8. Kepuasan pasien	≥ 70%

## 2. Pelayanan Rawat Jalan

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dari klasifikasi RS
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis
		Proses	3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00–11.00
			4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
			5. Penegakan diagnosis Tuberculocis melalui pemeriksaan mikroskopi	100%
			6. Pasien rawat jalan Tuberculocis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
			7. Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih
		Output	8. Pencatatan dan pelaporan Tuberculocis dan Rumah Sakit	≥ 60%
		Outcome	9. Kepuasan pasien	≥ 90%

### 3. Pelayanan Rawat Inap

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	
		Kriteria	Uraian		
3	Pelayanan Rawat Inap	<i>Input</i>	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis dan kelas RS	
			2. Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan jenis dan kelas RS	
			3. Dokter penanggung jawab rawat inap	100%	
		<i>Proses</i>	4. Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00	
			5. Tempat tidur dengan pengaman	100%	
			6. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 15%	
			8. Kejadian infeksi nosocomial	≤ 9%	
			9. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibatkan cacat atau kematian	100%	
			10. Pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani strategi DOTS	100%	
			11. Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit	≥ 60%	
			<i>Output</i>	12. Kejadian pulang paksa (Atas Permintaan Sendiri/APS)	≤ 5%
				13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24%
			<i>Outcome</i>	14. Kepuasan pasien	≥ 90%

### 4. Pelayanan Bedah Sentral

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
4	Pelayanan bedah sentral	<i>Proses</i>	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
			2. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
			3. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
			4. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
			5. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%

No	Jenis	Indikator		Standar
		Output		
			6. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan ET	≤ 6%
			7. Kejadian kematian di meja operasi	≥ 1%
		Outcome	8. Kepuasan pelanggan	≥ 80%

#### 5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
5	Persalinan dan perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG/dokter umum/bidan
			2. Pemberi persalinan dengan peyulit	Tim PONEK terlatih
			3. Pemberi persalinan dengan tindakan operasi	Dokter SpOG, dokter Sp.A, dokter Sp.An
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500)	100%
			5. Kemampuan menagani bayi lahir asfiksia	100%
		Proses	6. Pertolongan persalianan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20%
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SpOG atau SpU, atau dokter umum terlatih	100%
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%
		Output	9. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan ≤ 1% b. Preeklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2%
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 80%

#### 6. Pelayanan Intensif

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
6	Pelayanan Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan unit intensif	Sesuai kelas rumah sakit dan standar ICU
		Output	2. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intentif dengan kasus yang sama <72 jam	≤ 3%

#### 7. Pelayanan Radiologi

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
7	Pelayanan radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, radiographer

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
		Proses	2. Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto	≤ 3 jam
			3. Kerusakan foto	≤ 2%
			4. Tidak terjadi kesalahan pemberian label	100%
		Output	5. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	Dokter spesialis radiologi
		Outcome	6. Kepuasan pasien	≥ 80%

#### 8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
8	Pelayanan patologi klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS
		Proses	2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤120 menit
			3. Tidak adanya kejadian tertukar spesimen	100%
			4. Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100%
			5. Kemampuan mikroskopis Tubercolosis Paru	100%
			Output	6. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
		Output	7. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
			8. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%
		Outcome	9. Kepuasan pasien	≥ 80%

#### 9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
9	Pelayanan keterampilan fisik	Proses	1. Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤50%
			2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		Outcome	Kepuasan pasien	100%

### 10. Pelayanan Farmasi

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
10.	Pelayanan farmasi	<i>Input</i>	1. Ketersediaan formularium rumah sakit	Tersedia dan terupdate paling lama 3 tahun
			2. Penulisan resep sesuai dengan formularium rumah sakit	100%
		<i>Proses</i>	3. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit
			4. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit
		<i>Output</i>	5. Tidak adanya kejadian salah pemberian obat	100%
		<i>Outcome</i>	6. Kepuasan pasien	≥ 80%

### 11. Pelayanan Gizi

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
11.	Pelayanan gizi	<i>Proses</i>	1. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90%
			2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
		<i>Output</i>	3. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20%
		<i>Outcome</i>	4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%

### 12. Pelayanan Transfusi Darah

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
12.	Pelayanan Transfusi Darah	<i>Proses</i>	1. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%
		<i>Output</i>	2. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%
		<i>Outcome</i>	3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%

### 13. Pelayanan Terhadap Pasien dari Keluarga Miskin (Gakin)

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
13.	Pelayanan terhadap pasien dari keluarga miskin	<i>Input</i>	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani

### 14. Pelayanan Rekam Medik

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
14.	Rekam Medik	<i>Proses</i>	1. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
			2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
			3. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
			4. Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%

#### 15. Pelayanan Pengelolaan Limbah

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
15.	Pengelolaan Limbah	Proses	1. Pengelolaan limbah padat infeksius	Sesuai peraturan perundangan
		Output	2. Baku mutu limbah cair	1. BOD <30 mg/l 2. COD <80mg/ l 3. TSS <30mg/1 4. PH 6-9

#### 16. Pelayanan Administrasi Manajemen

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
16.	Pelayanan Administrasi Manajemen	Proses	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi	100%
			2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
			3. Ketepatan waktu pengurusan gaji	100%
			4. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
			5. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		Output	6. <i>Cost recovery</i>	≥ 60 %
			7. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
			8. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun	≥ 60%
			9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insetif) sesuai kesepakatan waktu	100%

17. Pelayanan *Ambulance*/Mobil Jenazah

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
17.	Pelayanan ambulans/ mobil jenazah	<i>Input</i>	1. Waktu pelayanan <i>ambulance</i> / mobil jenazah	24 jam
		Proses	2. Kecepatan memberi pelayanan <i>ambulance</i> /mobil jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 menit
			3. Waktu tanggap pelayanan <i>ambulance</i> kepada masyarakat yang membutuhkan (dalam kota)	≤ 30 menit

18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
18.	Pelayanan Pemulasaran	Proses	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam

19. Pelayanan *Laundry*

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
19.	Pelayanan <i>laundry</i>	Proses	1. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
		<i>Output</i>	2. Tidak adanya kejadian linen hilang	100%

20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
20.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Proses	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤15 menit	≥ 80%
			2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		<i>Output</i>	3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	<i>Input</i>	1. Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75%
			2. Ketersediaan APD disetiap instalasi	≥ 60%

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
		<i>Output</i>	3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>health care associated infection</i> (HAI) di Rumah Sakit	≥ 75%

## 22. Pelayanan Keamanan

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Kriteria	Uraian	
22.	Pelayanan keamanan	<i>Input</i>	Sistem keamanan RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka	Ada 24 jam

## BAB III PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah/ pemerintah provinsi/pemerintah kabupaten/kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal oleh masing-masing Daerah. Mengingat Standar Pelayanan Minimal sebagai hak konstitusional maka seharusnya Standar Pelayanan Minimal menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal rumah sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit. Standar Pelayanan Minimal ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan. Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Keputusan/Peraturan Standar Pelayanan Minimal ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.



## URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

### I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

#### 1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

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

#### 3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Penunjang Non Medik, Mutu dan Informasi Kesehatan

#### 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 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 sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul 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 diberikan
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 survei ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim mutu/panitia mutu

### 7. Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq 24$ jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2$ per seribu
Penanggung jawab pengumpul 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis

Judul	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik 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 <i>special privilege</i> yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap 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 hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul 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 pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

### 5. Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopi

Judul	Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopi
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terlaksananya diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien Tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti Tuberculosis yang sesuai dengan standar

	penanggulangan Tuberculosis nasional, dan semua pasien yang Tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan Tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan Tuberculosis yang diagnosisnya tegak melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan Tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register Tuberculosis 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

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

Judul	Pasien rawat jalan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien Tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan Tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan Tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan Tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis, pengeobatan harus menggunakan paduan obat anti Tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan Tuberculosis nasional, dan semua pasien yang Tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register Tuberculosis 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 7. Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)

Judul	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)
Dimensi Mutu	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	Tersedianya pelayanan VCT untuk penyakit HIV di rumah sakit
Definisi Operasional	Rangkaian pemeriksaan untuk mengetahui apakah seseorang positif atau negatif mengidap HIV di rawat jalan yang bersifat rahasia dan sukarela
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Terdapat pelayanan VCT di rawat jalan
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 8. Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien Tuberculosis yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien Tuberculosis rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus Tuberculosis rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 9. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n=50)
Sumber data	Survey

Standar	≥90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan/Tim mutu/panitia mutu

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Ketersediaan pelayanan rawat inap

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

#### 2. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

#### 3. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan



Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

#### 4. Jam visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

#### 5. Tempat tidur dengan pengaman

Judul	Tempat tidur dengan pengaman
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Menurunkan kejadian pasien jatuh di tempat tidur
Definisi operasional	Tempat tidur pasien dengan pengaman di sisi-sisi tempat tidur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur dengan pengaman di rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di rawat inap
Sumber data	Kartu inventaris rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

#### 6. Kamar mandi dengan pegangan tangan

Judul	Kamar mandi dengan pegangan tangan
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Menurunkan kejadian pasien jatuh di kamar mandi
Definisi operasional	Terdapat pegangan tangan di kamar mandi rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi dengan pegangan tangan di rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi di rawat inap
Sumber data	Kartu inventaris rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

#### 7. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤1,5 %
Penanggung jawab	Ketua komide medik/komite mutu/tim mutu

#### 8. Kejadian infeksi nosokomial

Judul	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

9. 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, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

10. Pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien Tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan Tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan Tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan Tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien Tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti Tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan Tuberculosis nasional, dan semua pasien yang Tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan Tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan Tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register Tuberculosis 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

### 11. Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien Tuberculosis yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien Tuberculosis rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus Tuberculosis rawat inap di Rumah Sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

### 12. Kejadian pulang paksa (Atas Permintaan Sendiri/APS)

Judul	Kejadian pulang paksa (Atas Permintaan Sendiri/APS)
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

### 13. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,24\%$ $\leq 2,4/1000$ (international) (NDR $\leq 25/1000$ , Indonesia)
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

#### 14. Kepuasan pelanggan rawat inap

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

#### IV. PELAYANAN BEDAH

##### 1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 2$ hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

##### 2. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

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

Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

### 3. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

### 4. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan

Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala intalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

### 7. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	≤1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

### 8. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan bedah sentral
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan bedah sentral
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### 1. 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

### 2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2.500 gr, kelainan panggul, pendarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menubung
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

### 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

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

#### 4. Kemampuan menangani BBLR 1.500gr-2.500gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1.500gr-2.500gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1.500gr-2.500gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1.500gr – 2.500gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1.500gr – 2.500gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/komite mutu

#### 5. Kemampuan menangani bayi lahir asfiksia

Judul	Kemampuan menangani bayi lahir asfiksia
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi lahir asfiksia
Definisi operasional	Bayi lahir asfiksia adalah kondisi yang dapat terjadi pada bayi baru lahir. Kondisi tersebut menyebabkan bayi tidak mendapatkan oksigen yang cukup selama proses persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah bayi lahir asfiksia yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh bayi lahir asfiksia yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/komite mutu

#### 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Komite mutu

7. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh Sp.OG atau Sp.U, atau dokter umum terlatih

Judul	Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh Sp.OG atau Sp.U, atau dokter umum terlatih
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tersedianya Pelayanan kontrasepsi mantap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah kontrasepsi yang ditujukan untuk mencegah kehamilan dalam jangka waktu yang lama (tidak terbatas), yaitu dengan metode tubektomi (Metode operasi wanita/MOW) atau vasektomi bagi pria
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh Sp.OG atau Sp.U atau dokter umum terlatih
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan kontrasepsi mantap dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih

Judul	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tersedianya pelayanan konseling kontrasepsi mantap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap sifatnya permanen dan dilakukan sekali seumur hidup, sehingga mengharuskan seseorang untuk melakukan konseling terlebih dahulu dengan bidan yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling kontrasepsi mantap dilakukan oleh bidan terlatih
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan konseling kontrasepsi mantap dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

9. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklamsia, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.

	<p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 110 mmHg</li> <li>Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>Oedem tungkai</li> </ol> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1$ %, pre-eklampsia $\leq 30\%$ , Sepsis $\leq 0,2$ %
Penanggung jawab	Komite medik

#### 10. 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 minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80$ %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## VI. PELAYANAN INTENSIF

### 1. 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

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

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

## VII. PELAYANAN RADIOLOGI

### 1. Pemberi Pelayanan Radiologi

Judul	Pemberi pelayanan Radiologi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiografer
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga Dokter spesialis radiologi dan radiografer yang memberi pelayanan di radiologi yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang bertugas di radiologi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Dokter spesialis radiologi, radiografer
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

## 2. Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> 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 <i>thorax</i> foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 3$ jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 3. Kerusakan foto

Judul	Kerusakan foto
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	kerusakan foto yang tidak dapat dibaca yang menyebabkan kegagalan pelayanan rontgen
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2$ %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 4. Tidak terjadi kesalahan pemberian label

Judul	Tidak terjadi kesalahan pemberian label
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan rontgen di instalasi radiologi
Definisi operasional	Tidak terjadi kesalahan pemberian label yang dapat membahayakan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kesalahan pemberian label dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2$ %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

#### 5. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

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

#### 6. Kepuasan pelanggan

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

### VIII. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

#### 1. Pemberi Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	Pemberi pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Laboratorium Patologi Klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan Laboratorium Patologi Klinik sesuai dengan kelas Rumah Sakit masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan

Numerator	Jumlah tenaga kesehatan yang memberi pelayanan di laboratorium patologi klinik yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang bertugas di patologi klinik
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Sesuai dengan kelas Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium Rumah Sakit

### 2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium 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	≤120 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

### 3. Tidak adanya kejadian tertukar spesimen

Judul	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukar spesimen dapat membahayakan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian tertukar spesimen 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. Kemampuan memeriksa HIV - AIDS

Judul	Kemampuan memeriksa HIV - AIDS
Dimensi Mutu	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	Tersedianya pemeriksaan untuk penyakit HIV di rumah sakit
Definisi Operasional	Laboratorium mampu memeriksa HIV
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan HIV yang berhasil dilakukan di rumah sakit
Denominator	Jumlah keseluruhan pemeriksaan HIV yang dilakukan di rumah sakit
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi laboratorium

#### 5. Kemampuan mikroskopis Tuberculosis Paru

Judul	Kemampuan mikroskopis Tuberculosis Paru
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terlaksananya diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien Tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti Tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan Tuberculosis nasional, dan semua pasien yang Tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan Tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien Tuberculosis yang didiagnosis melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien Tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi laboratorium

#### 6. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
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

#### 7. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

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

#### 8. 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. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

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

Judul	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	<i>Drop out</i> 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 <i>drop out</i> dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram 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 diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

## X. PELAYANAN FARMASI

### 1. Ketersediaan formularium rumah sakit

Judul	Ketersediaan formularium rumah sakit
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	Terdapat formularium rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Dokumen formularium rumah sakit
Standar	Tersedia dan <i>ter-update</i> paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

### 2. Penulisan resep sesuai formularium rumah sakit

Judul	Penulisan resep sesuai formularium rumah sakit
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 <i>sample</i> yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai <i>sample</i> dalam satu bulan (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

### 3. 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 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

#### 4. 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 di-survei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di-survei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

#### 5. 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 di-survei 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

#### 6. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di- <i>survey</i> (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

## XI. PELAYANAN 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 di- <i>survey</i> yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang di- <i>survey</i>
Sumber data	<i>Survey</i>
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### 2. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang di- <i>survey</i> dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang di- <i>survey</i> dalam satu bulan
Sumber data	<i>Survey</i>
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### 3. 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 di- <i>survey</i> dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di- <i>survey</i> dalam satu bulan
Sumber data	<i>Survey</i>
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

#### 4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di- <i>survey</i> (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di- <i>survey</i> (n minimal 50)
Sumber data	<i>Survey</i>
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/komite mutu

## XII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

### 1. 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

### 2. 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	<i>Survey</i>
Standar	100 %
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

### 3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan tranfusi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di- <i>survey</i> (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di- <i>survey</i> (n minimal 50)
Sumber data	<i>Survey</i>
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi tranfusi darah/komite mutu

### XIII. PELAYANAN TERHADAP PASIEN DARI KELUARGA MISKIN (GAKIN)

Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit 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 Jaminan Kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah Pusat atau Daerah (BPJS, JAMKES, dan lain-lain)
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. PELAYANAN REKAM MEDIK

##### 1. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

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

##### 2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata $\leq 15$ menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

3. 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 $\leq 24$ 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 di-survey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang di-survey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik

4. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed concent</i> 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 disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

## XV. PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH

### A. Pengelolaan limbah padat infeksius

#### 1. Pemilahan dan pewadahan limbah padat infeksius

Judul	Pemilahan dan pewadahan limbah padat infeksius
Dimensi mutu	Kesehatan dan keselamatan petugas, pasien, pengunjung dan keamanan lingkungan rumah sakit dan sekitarnya
Tujuan	Tergambarnya mutu pemilahan dan pewadahan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan memisahkan dan mewadahkan limbah padat infeksius pada ruang penghasil limbah berdasarkan jenis limbah, kantong limbah dan pewadahnnya sesuai dengan peraturan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 kali dalam 1 minggu
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah tindakan tepat dalam pemilahan dan pewadahan limbah padat infeksius dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh tindakan tepat dalam pemilahan dan pewadahan limbah padat infeksius dalam satu bulan
Sumber data	Hasil inspeksi sanitasi pengelolaan limbah padat infeksius
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pembimbing K3RS

#### 2. Pengumpulan dan pengangkutan limbah padat infeksius

Judul	Pengumpulan dan pengangkutan limbah padat infeksius
Dimensi mutu	Kesehatan dan keselamatan petugas, pasien, pengunjung dan keamanan lingkungan rumah sakit dan sekitarnya
Tujuan	Tergambarnya mutu pengumpulan dan pengangkutan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan mengumpulkan limbah padat infeksius di ruang penghasil sampah ke TPS ruangan untuk selanjutnya diangkut ke tempat penyimpanan sementara RS sesuai dengan peraturan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	4 kali dalam 1 minggu
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah tindakan tepat dalam pengumpulan dan pengangkutan limbah padat infeksius dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh tindakan tepat dalam pengumpulan dan pengangkutan limbah padat infeksius dalam satu bulan
Sumber data	Hasil inspeksi sanitasi pengelolaan limbah padat infeksius
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan pembimbing K3RS

### 3. Penyimpanan sementara limbah padat infeksius

Judul	Penyimpanan sementara limbah padat infeksius
Dimensi mutu	Kesehatan dan keselamatan petugas, pasien, pengunjung dan keamanan lingkungan rumah sakit dan sekitarnya
Tujuan	Tergambarnya mutu penyimpanan sementara limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan menyimpan limbah padat infeksius pada tempat penyimpanan sementara limbah padat infeksius sesuai dengan peraturan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 kali dalam 1 minggu
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah tindakan tepat dalam penyimpanan sementara limbah padat infeksius dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh tindakan tepat dalam penyimpanan sementara limbah padat infeksius dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil inspeksi sanitasi pengelolaan limbah padat infeksius
Standar	65 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pembimbing K3RS

### 4. Pemusnahan limbah padat infeksius non benda tajam dengan Insinerasi

Judul	Pemusnahan limbah padat infeksius non benda tajam dengan insinerasi
Dimensi mutu	Kesehatan dan keselamatan petugas, pasien, pengunjung dan keamanan lingkungan rumah sakit dan sekitarnya
Tujuan	Tergambarnya mutu pemusnahan limbah padat infeksius non benda tajam dengan insinerasi di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan untuk mengurangi atau menghilangkan sifat bahaya atau racun dari limbah padat infeksius non benda tajam menggunakan mesin insinerator sesuai dengan peraturan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 kali dalam 1 minggu
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat infeksius non benda tajam yang diinsinerasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh limbah padat infeksius non benda tajam dalam 1 bulan
Sumber data	<i>Loogbook</i> limbah B3 infeksius
Standar	80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pembimbing K3RS

## B. Baku Mutu Limbah Cair

### 1. Pemeriksaan baku mutu limbah cair

Judul	Pemeriksaan baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keamanan lingkungan rumah sakit dan sekitarnya
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit

Definisi operasional	Kegiatan untuk mengetahui Baku Mutu pada limbah cair yang dianggap aman, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator: BOD ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ) : 30 mg/liter COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ) : 80 mg/liter TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan limbah cair rumah sakit berdasarkan baku mutu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan baku mutu limbah cair berdasarkan baku mutu dalam 1 tahun
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pembimbing K3RS

## 2. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keamanan lingkungan rumah sakit dan sekitarnya
Tujuan	Tergambarnya baku mutu limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan manusia dan lingkungan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator: BOD ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ) : 30 mg/liter COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ) : 80 mg/liter TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter limbah cair yang sesuai baku mutu dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh parameter limbah cair yang diperiksa dalam 3 bulan
Sumber data	Hasil pemeriksaan limbah cair
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pembimbing K3RS

## XVI. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

### 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit

Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 2. 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	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 Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

## 3. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan Surat Keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 4. 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 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

#### 5. 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

#### 6. *Cost recovery*

Judul	<i>Cost recovery</i>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub Bagian Keuangan
Standar	≥40 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

#### 7. 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 strategis bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

#### 8. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar 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 rumah sakit
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

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. PELAYANAN AMBULANCE/MOBIL JENAZAH

1. Waktu pelayanan *ambulance*/mobil jenazah

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

2. Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance*/mobil jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /mobil jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> /mobil jenazah

Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya <i>ambulance</i> /mobil jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah di rumah sakit dalam waktu $\leq 30$ menit
Denominator	Jumlah seluruh permintaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah
Standar	$\leq 30$ menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab <i>ambulance</i>

3. Waktu tanggap pelayanan *ambulance* kepada masyarakat yang membutuhkan (dalam kota)

Judul	Waktu tanggap pelayanan <i>ambulance</i> kepada masyarakat yang membutuhkan (dalam kota)
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> /mobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan <i>ambulance</i> kepada masyarakat yang membutuhkan adalah waktu yang dibutuhkan dalam menjemput pasien di tempat (dalam kota) sejak diminta sampai <i>ambulance</i> siap di tempat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penjemputan masyarakat yang membutuhkan pelayanan dalam waktu $\leq 30$ menit
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penjemputan dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan <i>ambulance</i>
Standar	$\leq 30$ menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab <i>ambulance</i>

XVIII. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran 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 pemulasaran 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 gawat darurat

## XIX. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. 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 <i>laundry</i>
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	<i>Survey</i>
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi <i>laundry</i>

### 2. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	<i>Survey</i>
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi <i>laundry</i>

## XX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

### 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat

Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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 IPSRS

## 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan ( <i>service</i> ) 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 tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi

Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

## XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

### 1. Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih

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	Tim PPI yang terlatih adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 2. Tersedianya APD di setiap Instalasi

Judul	Tersedianya APD di Setiap Instalasi
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi pada RSUD dr. Henrikus Fernandez Larantuka.
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, Tenaga Kesehatan, Pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka 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 yang tersedia.
Sumber data	<i>Survey</i>
Standar	60 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ *healthcare associated infection* (HAI) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>healthcare associated infection</i> (HAI) di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RSUD dr. Henrikus Fernandez Larantuka.
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RSUD dr. Henrikus Fernandez Larantuka. 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	<i>Survey</i>
Standar	75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

## XXII. PELAYANAN KEAMANAN

### Sistem Keamanan RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka

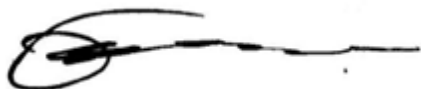
Judul	Sistem Keamanan di RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka.
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	Tersedianya sistem keamanan di RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka.
Definisi operasional	Sistem keamanan di RSUD dr. Hendrikus Fernandez Larantuka adalah perlindungan terhadap properti Rumah Sakit, pasien, staf, keluarga, dan pengunjung dari bahaya kehilangan, kerusakan atau pengrusakan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah laporan kejadian terkait keamanan yang ditindaklanjuti sesuai SOP
Denominator	Jumlah laporan kejadian terkait keamanan
Sumber data	Bagian Umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua tim keamanan

PENJABAT BUPATI FLORES TIMUR,

ttd

DORIS ALEXANDER RIHI

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM,



YORDANUS HOGA DATON  
PEMBINA TK.I  
NIP.19780426 200212 1 007