SALINAN

WALIKOTA SABANG
PROVINSI ACEH

PERATURAN WALIKOTA SABANG
NOMOR 40 TAHUN 2014

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

WALIKOTA SABANG,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu disusun Standar Pelayanan Minimal yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1965 tentang Pembentukan Kotapraja Sabang dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 7 Drt Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten di Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2758);

2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);

4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

5. Undang- ...

5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5587)sebagaimanatelahdiubahdenganPeraturanPemerintahPenggantiUndang-UndangNomor 2 Tahun 2014 tentangPerubahanatasUndang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5589);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
15. KeputusanMenteriKesehatanNomor129/Menkes/SK/II/208 tentang StandarPelayananMinimal RumahSakit;

16. Qanun ...

16. QanunKota Sabang Nomor 5 Tahun 2008 tentangSusunanOrganisasidan Tata KerjaLembagaTeknisDaerahKota Sabang (LembaranDaerah Kota SabangTahun 2008 Nomor5)sebagaimanatelahdiubahbeberapa kali, terakhirdengan Qanun Kota SabangNomor 8 Tahun 2011 tentangPerubahanKeduaatasQanun Kota Sabang Nomor 5 Tahun 2008 tentangsusunanOrganisasi dan Tata KerjaLembagaTeknisDaerah Kota Sabang (LembaranDaerah Kota SabangTahun 2011 Nomor 8);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah yang selanjutnya disebut Kota adalah Kota Sabang.
2. Pemerintah Kota adalah unsur penyelenggaraan pemerintah Kota Sabang yang terdiri atas Walikota dan Perangkat Kota.
3. Walikota adalah Walikota Sabang.
4. Sekretaris Daerah yang selanjutnya disebut Sekda adalah Sekretaris Daerah Kota Sabang.
5. RumahSakitUmum Daerah Kota yang selanjutnyadisebut RSUD Kota adalah RSUD Kota Sabang.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUDKota kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Kota kepada masyarakat.
8. Satuan Pengawasan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat RSUDKota yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu DirekturRSUD Kotauntuk meningkatkan kinerja pelayanan keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD Kota kepada masyarakat.

10. Mutu ...

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

BAB II ...

BAB II

MAKSUD, TUJUAN DAN RUANG LINGKUP
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Maksud dan Tujuan
Pasal 2

(1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD Kota dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan program/kegiatan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraanpelayanan minimal.

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

Bagian Kedua
Ruang Lingkup

Paragraf 1
Jenis Pelayanan

Pasal 3

(1) RSUD Kota melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.

(2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
a. pelayanangawatdarurat
b. pelayananrawatjalan
c. pelayananrawatinap
d. pelayananbedah
e. pelayananpersalinan dan perinatologi
f. pelayanan intensif
g. pelayananradiologi
h. pelayanan laboratoriumpatologiklinik
i. pelayananrehabilitasimedik
j. pelayananfarmasi
k. pelayanangizi
l. pelayanantransfusidarah
m. pelayanan keluarga miskin
n. pelayananrekammedik
o. pengelolaan limbah
p. pelayananadministrasimanajemen
q. pelayanan ambulans/kereta jenazah
r. pelayanan pemulasaraan jenazah
s. pelayananpemeliharaansarana rumah sakit
t. pelayanan laundry
u. pencegahan pengendalian infeksi

Paragraf 2 ...

Paragraf 2
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian
DanPenanggungjawabStandarPelayananMinimal

Pasal 4

(1) StandarPelayananMinimaldarisetiapjenispelayanansebagai manadimaksuddalamPasal 3 ayat (2), meliputiindikator, standar (nilai), batas waktupencapaian dan penanggungjawab.

(2) Indikator, standar (nilai), batas waktupencapaian dan penanggungjawabsebagaimanadimaksud pada ayat (1), tercantumdalamlampiranI yang merupakanbagiantidakterpisahkandariPeraturanWalikotain i.

Pasal 5

(1) Penerapanindikator, standar (nilai), batas waktupencapaian dan penanggungjawabsebagaimanadimaksuddalamPasal 4 ayat (2) mengacu pada uraianStandarPelayananMinimal.

(2) Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam lampiran IIyang merupakanbagiantidakterpisahkandariPeraturanWalikotain i.

BAB III
PELAKSANAAN DAN MEKANISME PEMBELANJAAN
PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal

Pasal 6

(1) RSUD Kota wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana diatur dalam Peraturan Walikota ini.

(2) Dalam melaksanakan pelayanan, DirekturRSUD Kota bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana diatur dalam Peraturan Walikota ini.

(3) Penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh petugas dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Mekanisme Pembelanjaan
Penerapan Standar Pelayanan Minimal

Pasal 7

(1) Direktur RSUD Kota menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD Kota berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(2) Setiap …

(2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Kota Sabang wajib menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB IV
PEMBINAAN, PENGAWASAN, MONITORING DAN EVALUASI

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 8

(1) Pembinaan RSUD Kota dalam penerapan dan pencapaian Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh Walikota melalui Sekda.

(2) Dalam melakukan pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Walikota memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

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

BagianKedua
Pengawasan
Pasal 9

(1) PengawasanoperasionaldilakukanolehSPI.

(2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh danberkedudukanlangsung dibawahDirekturRSUD Kota.

Pasal 10

(1) SPIsebagaimanadimaksuddalamPasal9ayat (1) bertujuanmenciptakandanmeningkatkanpengendalian internal.

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

Pasal 11 ...

Pasal 11

(1) Selain pengawasanolehSPI, pengawasanjugadilakukanoleh Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan perundang--undangan.

(2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD Kota.

Pasal 12

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10, dan Pasal 11 dibebankan pada pembiayaan operasional RSUD Kota yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD Kota.

BAB V
PEMBIAYAAN
Pasal 13

Pembiayaan dan pendanaan yang berkaitan dengan rencana pencapaian dan penerapan Standar Pelayanan Minimal dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Kota serta sumber-sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 14

Peraturan Walikota ini berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Sabang.

Ditetapkan di Sabang
pada tanggal 29 Desember 2014

WALIKOTA SABANG,

ttd

ZULKIFLI H. ADAM

Diundangkan di Sabang
pada tanggal 29 Desember 2014

SEKRETARIS DAERAH KOTA SABANG,

ttd

SOFYAN ADAM

BERITA DAERAH KOTA SABANG TAHUN 2014 NOMOR 40

LAMPIRAN I
PERATURAN WALIKOTA SABANG
NOMOR 40 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMALRUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KOTA SABANG

A. Indikator, Standar (nilai), Batas Waktu PencapaianStandar Pelayanan Minimal

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1. 100 %	6 Bulan
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam	0 Bulan
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	3. 100 %	3 Tahun
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4. Satu tim	1 Bulan
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5. ≤lima menit terlayani,setelah pasien datang	0 Bulan
		6. Kepuasan Pelanggan	6. ≥70 %	0 Bulan
		7. Kematian pasien< 24 Jam	7. ≤dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	6 Bulan

8. Khusus ...

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
		8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤48 Jam	8. 100%	1 Bulan
		9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	9. 100%	0 Bulan
2	Rawat jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100 % Dokter Spesialis	0 Bulan
		2. Ketersediaan Pelayanan	2.a. Klinik Anak 2.b. Klinik Penyakit dalam 2.c. Klinik Kebidanan 2.d. Klinik Bedah	0 Bulan
		3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	3.a. Anak Remaja 3.b. NAPZA 3.c. Gangguan Psikotik 3.d. Gangguan neurotik 3.e. Mental Retardasi 3.f. Mental Organik 3.g. Usia Lanjut	2 Tahun
		4. Jam buka pelayanan	4. 08:00 s/d 13:00 setiap hari kerja kecuali Jumat: 08:00 s/d 11:00	0 Bulan
		5. Waktu tunggu di rawat jalan	5. ≤ 60 menit	0 Bulan

6. Kepuasan ...

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
		6. Kepuasan Pelanggan	6. ≥ 90%	3 Tahun
		7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroscop TB	7.a. ≥ 60%	1 Tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	7.b. ≥ 60%	3 Bulan
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1.a. dr. Spesialis 1.b. Perawat Minimal D3	2 Tahun
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2. 100%	3 Bulan
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3.a. Anak 3.b. Penyakit Dalam 3.c. Kebidanan 3.d. Bedah	6 Bulan
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	4. 08:00 s/d 14:00 setiap hari kerja	0 Bulan
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. ≤ 1,5%	2 Bulan
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	6. ≤ 1,5%	2 Tahun
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	7. 100%	0 Bulan

8. Kematian ...

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. ≤ 0,24%	2 Tahun
		9. Kejadian pulang paksa	9. ≤ 5%	2 Tahun
		10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 90%	3 Tahun
		11. Rawat Inap TB: a. Penegakan diagnosisTB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	11.a. 100%	1 Tahun
		b. Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	11.b. 100%	3 Bulan
		12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	12.NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, dan Gangguan Mental Organik	2 Tahun
		13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	13. 100%	0 Bulan
		14. Kejadian re-admision pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1bulan	14. 100%	1 Tahun
		15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	15. ≤ 6 minggu	1 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
4	Bedah	1. Waktu tunggu operasi elektif	1. ≤2 hari	0 Bulan
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	2. ≤1 %	0 Bulan
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100 %	0 Bulan
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100 %	0 Bulan
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100 %	0 Bulan
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100%	0 Bulan
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi,dan salah penempatan endotracheal tube	7. ≤ 6%	0 Bulan
5	Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan ≤1 % b. Pre-eklampsia ≤30 % c. Sepsis ≤0,2 %	3 Bulan
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	3 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih	1 Tahun
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	3 Bulan
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5. 100 %	0 Bulan
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. ≤20 %	2 Tahun
		7. Keluarga Berencana : a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	7. a. 100 %	0 Bulan
		b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	b. 100%	0 Bulan
		8. Kepuasan Pelanggan	8. ≥ 80%	3 Tahun

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
6	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. ≤3 %	1 Tahun
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	2. a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	0 Bulan
			b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/ setara (D4)	5 Tahun
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1. ≤3 jam	0 Bulan
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter Sp.Rad	3 Tahun
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3. Kerusakan foto ≤2 %	0 Bulan
		4. Kepuasan pelanggan	4. ≥80 %	3 Bulan
8	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	1. ≤140 menit Kimia darah & darah rutin	1 Tahun
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter Sp.PK	3 Tahun

3. Tidak ...

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	3. 100 %	0 Bulan
		4. Kepuasan pelanggan	5. ≥80 %	2 Tahun
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1. ≤50 %	1 Tahun
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100 %	0 Bulan
		3. Kepuasan Pelanggan	3. ≥80 %	3 Bulan
10	Farmasi	1. waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	1. a. ≤30 menit b. ≤60 menit	0 Bulan
		2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	2100 %	0 Bulan
		3. Kepuasan pelanggan	3. ≥80 %	1 Tahun
		4. Penulisan resep sesuai formularium	4. 100 %	0 Bulan

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. ≥90 %	0 Bulan
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. ≤20 %	6 Bulan
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. 100 %	0 Bulan
12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1. 100 % terpenuhi	6 Bulan
		2. Kejadian Reaksi transfusi	2. ≤0,01 %	0 Bulan
13	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	0 Bulan
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1. 100 %	0 Bulan
		2. Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	2. 100 %	0 Bulan
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	3. ≤10 menit	0 Bulan
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	4. ≤15 menit	0 Bulan

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	2 Tahun
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2. 100 %	1 Tahun
16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1. 100 %	6 Bulan
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2. 100 %	6 Bulan
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3. 100 %	6 Bulan
		4. Ketepan Waktu pengurusan gaji berkala	4. 100 %	6 Bulan
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5. ≥60 %	3 Tahun
		6. *Cost recovery*	6. ≥40 %	3 Tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7. 100 %	6 Bulan
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8. ≤2 jam	0 Bulan
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100 %	3 Bulan

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
17	Ambulans/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans/Kereta jenazah	1. 24 jam	0 Bulan
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/Kereta jenazah di rumah sakit	2. ≤30menit	0 Bulan
		3. Respon tim pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	3. ≤ 45 menit	0 Bulan
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (respontim) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤2 Jam	0 Bulan
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RumahSakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1. ≤80 %	3 Bulan
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100%	3 Bulan
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3. 100%	3 Bulan
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100%	0 Bulan
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. 100%	0 Bulan

1. Ada ...

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	1. ≥ 75%	3 Tahun
		2. Tersedia alat pelindung diri (APD) di setiap instalasi/ departemen	2. ≥ 60%	1 Tahun
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	3. ≥ 75%	6 Bulan

WALIKOTA SABANG,

ttd

ZULKIFLI H. ADAM

LAMPIRAN II
PERATURAN WALIKOTA SABANG
NOMOR 40 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak dan Dewasa

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

b. 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...

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

c. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
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 kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan PelatihanRumah Sakit

d. Ketersediaan...

d. 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 pertolonag 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

e. 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...

Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat / Tim mutu / Panitia mutu

f. 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 terghadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (*minimal n* = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat / Tim mutu / Panitia mutu

g. Kematian...

g. Kematian Pasien≤ 24 Jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terseleng garanya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian≤24 jam adalah kematiaan yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat

h. Pasien Jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤48 Jam (khusus untuk Rumah Sakit dengan pelayanan jiwa.

Judul	Pasien jiwa yang dapat di tenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan

Periode...

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalassi gawat darurat

i. Tidak adanya Keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang muda diakses dan mampu segera emberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

1) Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan diklinik spesialis
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis . (untuk Rumah Sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

2) Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari Rumah Sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode...

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (Kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, dan Bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3) Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di Rumah SakitJiwa
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di Rumah SakitJiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (Kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Mental Organik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

4)Buka...

4) Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08. 00 s.d 13. 00 setiap hari kerja kecuali jumat
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

5) 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...

Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

6) 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

7) a. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakan diaknosis TB melalui periksaan mikroskopi TB
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan

Tujuan...

Tujuan	Terlaksananya diaknosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB
Definisi Operasional	Penegakan diaknosis TB melalui periksaan mikroskopi pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang di catat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

1) Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
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

2) Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inab
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Definisi ...

Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inab adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesui 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 seluh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

3) Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di Rumah Sakit. Untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesifikasi yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap

Standar...

Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam , kebidanan,dan bedah (kecuali Rumah Sakit khusus sesuai dangan spesifikasi Rumah Sakit khusus sesuai dengan spesifikasi Rumah Sakit tsb)
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 sitiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien 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/paniti mutu

5) Kejadian...

5) Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadiaan infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Teergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua katagori luka sayatan operasi bersih yang dilaksananakn 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 Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalamai infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6) Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infesi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosikomoal adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama di rawat di Rumah Sakit yang meliputi *dekubitus, phlebitis, sepsis*, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan

Periode…

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

7) Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh yang berakibat Kecacatan / Kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Umlah pasien dirawat dalam bulan tersebut di kurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

8) Kematian...

8) Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap diRumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤,24% ≤2,4/1000 (internasional) (NDR ≤25/1000, indonesia)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

9) Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanana Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator...

Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤5%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

10) Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dan pasin yang di survey(dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasin yang di survey (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥90%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

11) a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis tb melaluli periksaan mikroskopis tb
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis tb melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Definisi ...

Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis tb melalui pemeriksaan mikroskopi TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan TB di rs dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan laporan tb d Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua laporan TB yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien tb rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus tb rawat inap di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam medic
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

12) Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit yang memberikan Pelayanan Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukanpenyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan rawat inap Rumah Sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. napza b. gangguan psikotik c. gangguan neurotic d. mental organic
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

13) Tidak adanya Kejadiaan Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di runah sakit jiwa yang aman dan efektif

Definisi...

Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang di rawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang di rawat dalam satu bulan dikurangi junlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medic/mutu

14) Kejadian *(re-amision)*Pasien Gangguan Jiwa tidak kembali dalam Perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan

Judul	Kejadian (re-admision)pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu? 1 bulan
Dimensi mutu	Efektifitas,kompetensi tehnik
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di Rumah Sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ? 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis

Standar...

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

15) Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pasien rawat inap di rumahs akit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan apsien gangguan jiwa di rumahs akit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤6 minggu
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

4. 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 efektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

Frekuensi...

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua instalasi bedah central

2) Kejadian Kematian di Meja Operasi

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

3) Tidak...

3) Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah central terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien di operasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya di operasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan di kurangi jumlah pasien yang di operasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah central/komite medis

4) Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkanya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah central terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah

Frekuensi...

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kelapa instalasi bedah central/komite medis

5) Tidak adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Tergambarkanya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dala 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...

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6) Tidak adanya Kejadian tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi.
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	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 di dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan dan Sentinel Event
Periode Analisa	1 Bulan dan Sentinel Event
Numerator	Jumlah Pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien.
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Central / Komite Medis

7) Komplikasi Anastesi Karena Overdosis, Reaksi Anastesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi Anastesi karena Overdosis, Reaksi Anastesi dan salah penempatan Endotreacheal Tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien

Tujuan...

Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan Anastesi dan Monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung.
Definisi Operasional	Komplikasi Anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi Anastesi karena Overdosis, Reaksi Anastesi dan salah penempatan Endotreacheal Tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan dan Sentinel Event
Periode Analisa	1 Bulan dan Sentinel Event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam 1 Bulan.
Denominator	Jumlah Pasien yang dioperasi dalam waktu pasien
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Central / Komite Medis

5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1) Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan

Judul	Kejadian Kematian Ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendaharan, pre eklamsia, eklamsia, dan sepsis. Pendaharan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. pre eklamsian dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre – eklamsian dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda yaitu : • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan Diastolik > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4 + pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai

Eklampsia...

	Eklampsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda – tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre eklampsia / eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan ≤1%, pre-eklampsia ≤30%, Sepsis ≤0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang Bersalin

2) Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Persalinan Normal oleh tenaga yang Kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal

Denominator…

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

3) Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Persalinan dengan Penyulit oleh tenaga yang berkompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter umum, dan bidan (perawat yang terlatih)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

4) Pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan Operasi

Judul	Pemberi Pelayanan Pesalinan dengan tindakan Operasi
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten

Definsi...

Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5) Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500gr – 2500gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500gr – 2500gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500gr – 2500gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500gr – 2500gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%

Penanggung...

Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/ Komite Mutu

6) Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

7) a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator...

Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur pelayanan medic

b. Konseling KB mantap

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

8) Kepuasam 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...

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥80%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

6. PELAYANAN INTENSIF

1) Rata-rata Pasien yang kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama < 72 jam

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

2) Pemberi...

2) Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokkter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan setifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intesif.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/ Mutu

7. PELAYANAN RADIOLOGI

1) Waktu Tunggu Hasil Pelayanan thorax Foto

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan thorax Foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto samapi dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan

Periode...

Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Radiologi

2) 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 dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

3) Kejadian...

3) Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	≤ 2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

4) Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n minial 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%

Penanggung...

Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

8. PELAYANANLABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1) Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

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

2) Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil let yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

3) Tidak adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahahn hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan

Denominator...

Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

4) Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

9. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1) Kejadian *Drop Out* Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian Droup Out pasien terhadap pelayanan rehabilitas yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas

Tujuan...

Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitas sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Droup Out pasien terhadap pelayanan rehabilitas yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang droup out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medic

2) Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medic
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medic adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medic yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan / tidak sesuai dengan pedoman / standar pelayanan rehabilitasi medic
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medic dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medic dalam 1 bulan.

Denominator...

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medic dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medic

3) Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medic
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medic
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlak kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medic

10. PELAYANAN FARMASI

1) a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas kesinambungan pelayanan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

Definisi...

Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tentang waktu mulai pasien meyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

2) Tidak...

2) Tidak adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat 2. salah dalam membeikan dosis 3. salam orang 4. salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahanpemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien isntalasi farmasi yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

3) Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dan pasien yang disurvey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n mineal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

4) Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan diRumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n mineal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

11. PELAYANAN GIZI

1) Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketetapan waktu pemberian makanan pada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketettapan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketetapan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvey yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap

2) Sisa Makanan yang tidak termakan oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator...

Numerator	Jumlah komulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

3) Tidak adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam menentukan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ Kepala instalasi rawat inap

12. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1) Pemenuhan Kebutuhan Darah bagi setiap Pelayanan Tranfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan

Tujuan...

Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

2) Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi darah
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manjemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi darah dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi darah dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 0.01 %

Penanggung...

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD

13. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

1) Pelayanan terhadapa Pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang dating ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani Rumah Sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang dating keRumah Sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

14. PELAYANAN REKAM MEDIK

1) Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam setelah selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter/dokter gigi dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalahrekam medik yang telah diisilengkap oleh dokter dalam waktu> 24 Jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang,yang meliputi identitas pasien,tindak lanjut,dan resume.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalansi rekam medik/wadir pelayanan medik

2) Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter/ dokter gigi untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan

Definisi...

Definisi Operasional	*Infomned Concent* adalah persetujuan yang di berikan kepada pasien /Keluarga atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurveyyang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalansi rekam medik

3) Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas,kenyamanan,efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis baru atau pasien lama yang digunakan pada pasien rawat jalan.Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ ditemukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan

Numerator…

Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati(N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medic untuk pasien lama
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

4) Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas,kenyamanan,efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis pelayanan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien yang lama digunakan pada pelayanan rawat inap.waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap adalah waktu dimulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medic rawat inap tersedi di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rakam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata ≤15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

15. PENGELOLAAN LIMBAH

1) Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Buku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan,yang merupakan ambang batas yang ditolelil dan diukur dengan indicator: BOD (Biologikal oksigen Demand):30mg/LITER COD(Chemikal oxsigen Demand):80MG/liter TSS(Total Suspended Solid)30mg/liter PH:6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium limbah cair Rumah Sakit yang sesuai baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

2) Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah pada infeksius di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renikn yang dapat menularkan penyakit dan /atau

mencederai...

	mencederai,antara lain 1.sisa jarum suntik 2.sisa Ampul 3.kasa pekas 4.sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS/kepala K3 RS

16. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1) Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan diRumah Sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode...

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusa yang harus di tindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

2) Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektifitas ,efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerje pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/ kegagalan dalam pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indicator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), dan indicator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabiltas kinerja minimal dilakukan tiga bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun

Sumber...

Sumber Data	Bagian tata usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

3) Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan Pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pengkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub. Bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha

4) Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No.43/1999)

Frekuensi...

Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha

5) Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 Jam Pertahun

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 diluar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan Rumah Sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥ 60%

Penanggung...

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha

6) Cost Recovery

Judul	*Cost recovery*
Dimensi mutu	Efisisensi , efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit
Definisi Operasional	*Cost recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	≥40%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha/keuangan

7) Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketetapan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator...

Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laoran keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian tata usaha/keuangan

8) Kecepatan Waktu Pemeberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemeberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektifitas atau kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Keceptan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian keuangan

9) Ketepatan...

9) Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (insentif) sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian keuangan

17. PELAYANAN AMBULANS DAN KERETA JENAZAH

1) Waktu Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya persediaan ambulans/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien atau keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien atau keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode…

Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

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

Judul	Kecepatan memberikan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien atau keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

18. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

1) Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi pemulasaraan

19. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1) Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektifitas,efesiensi,kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan,maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode…

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

2) Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan
Dimensi mutu	Efektifitas, efesiensi,kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketangapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan(service)tepat waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulam
Sumber Data	Registrasipemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	KEPALA IPRS

3)Peralatan...

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 pengamanan fasilitas kesehatan(BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu 1 tahun
Sumber Data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

20. PELAYANAN LAUNDRY

1) Tidak adanya Kejadian Linen yang Hilang

Judul	Tidak adanya kejadiaan linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundy
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam empat hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalansi laundry

2) Ketepatan waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efesiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalansi laundry

21. PENCEGAHAN...

21. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1) Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersediaanya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Setiap satu tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang telah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite PPI

2) Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Tersedia Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD disetiap Instalasi Rumah Sakit
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti : Masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD

Denominator...

Denominator	Jumlah Instalasidi Rumah Sakit
Sumber Data	Survey
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

3) Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain: ILO*(infeksi luka operasi)*, ILI*(infeksi luka infus)*, VAP*(ventilatro associated pneumoni)*, ISK*(infeksi saluran kemih)*
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

WALIKOTA SABANG,

ZULKIFLI H. ADAM