



WALIKOTA BANJARMASIN
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN WALIKOTA BANJARMASIN
NOMOR 48 TAHUN 2020

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN SURIANSYAH
KOTA BANJARMASIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BANJARMASIN,

- Menimbang : a. bahwa menindaklanjuti Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Kota Banjarmasin;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor

1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3259);

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 290, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 5607);
9. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik

- Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
 14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036)-sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
 16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah;
 17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
 18. Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 16 Tahun 2011 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2011 Nomor 16) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 8 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 16 Tahun 2011 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2014 Nomor 8);
 19. Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Banjarmasin (Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Nomor 40);
 20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN SURIANSYAH KOTA BANJARMASIN

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Banjarmasin.
2. Walikota adalah Walikota Banjarmasin.
3. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Banjarmasin.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Banjarmasin.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.
6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.
7. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin yang melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan serta bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.
8. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah yang selanjutnya disebut Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertugas dalam pengelolaan Rumah Sakit yang bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat yang ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan.
10. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kesehatan pada pasien untuk kepentingan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa dirawat inap.
11. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
12. Pelayanan Penunjang diagnostik adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis.
13. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan dirawat inap.
14. 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.
15. 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 *World Health Organization* (WHO).
16. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

17. Indikator Kinerja adalah suatu variabel yang digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
18. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
19. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
20. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk setiap indikator.
21. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
22. Pembilang adalah besaran pembilang dalam rumus indikator kinerja.
23. Penyebut adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
24. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
25. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
26. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disebut SPI adalah perangkat Rumah Sakit bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit kepada masyarakat.

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

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas dan fungsi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan, pemberian dukungan atas penyelenggaraan Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan serta pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Jenis Pelayanan Rumah Sakit meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan kamar operasi;
 - e. pelayanan kebidanan;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan rekam medik;
 - m. pelayanan ambulance / mobil jenazah;
 - n. pelayanan pemulsaran jenazah;
 - o. pelayanan *laundry*;
 - p. pelayanan *central sterile supply department*;
 - q. pelayanan gas medis;
 - r. pelayanan pengaduan masyarakat;
 - s. pelayanan transfusi darah;
 - t. pelayanan keluarga miskin;
 - u. administrasi dan manajemen;
 - v. pemeliharaan sarana rumah sakit;
 - w. pengolahan limbah;
 - x. kesehatan dan keselamatan kerja; dan
 - y. pencegahan dan pengendalian infeksi.

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

Pasal 4

- (1) Indikator, Standar (Nilai), SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.
- (2) Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Walikota ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam melaksanakan penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 6

- (1) Direktur menyusun target dan upaya pencapaian serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana kegiatan anggaran, target, dan upaya yang dilakukan, serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan SPM.

BAB V
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit dilakukan oleh Kepala Dinas.

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

Bagian Kedua Pengawasan Operasional

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. pengawas bidang keuangan;
 - b. pengawas bidang kekayaan; dan
 - c. pengawas bidang aparatur.

Pasal 9

- (1) SPI sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama Direktur menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi membantu Direktur untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sesuai dengan SPM.

Pasal 10

Anggaran Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit.

BAB VI
PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Banjarmasin
pada tanggal 26 Juni 2020

WALIKOTA BANJARMASIN,



IBNU SINA

Diundangkan di Banjarmasin
pada tanggal 26 Juni 2020

SEKRETARIS DAERAH KOTA BANJARMASIN



HAMLI KURSANI

LEMBARAN DAERAH KOTA BANJARMASIN TAHUN 2020 NOMOR 49

LAMPIRAN I
PERATURAN WALIKOTA BANJARMASIN
NOMOR 48 TAHUN 2020
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN
SURIANSYAH KOTA BANJARMASIN

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
a.	Gawat Darurat	- Kemampuan Menangani live saving (ketersediaan alat) - Kematian pasien < 24 jam - Jam buka pelayanan gawat darurat - Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat masih berlaku: BLS/PPGD/GELS/ALS - Ketersediaan tim penanggulangan bencana - Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat - Kepuasan Pelanggan - Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100% ≤ 2 perseribu 24 jam 100% - Satu tim ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang ≥ 70% 100%
b.	Rawat Inap	- Jam visite dokter spesialis - Pemberi pelayanan di rawat inap - Dokter penanggung jawab pasien rawat inap - Ketersediaan pelayanan rawat inap - Kejadian infeksi pasca operasi - Kejadian infeksi nosokomial - Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja - Dokter spesialis - Perawat minimal Pendidikan D3 100% - Anak - Penyakit dalam - Kebidanan - Bedah ≤ 1,5% ≤ 1,5% 100%

		kecacatan/kematian 8. Kematian pasien > 48 jam 9. Kejadian pulang paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	8. $\leq 0,24\%$ 9. $\leq 5\%$ 10. $\geq 90\%$ 11. a. $\geq 60\%$ b. $\leq 60\%$
c.	Rawat Jalan	1. Waktu tunggu rawat jalan 2. Kepuasan pelanggan 3. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 4. Ketersediaan pelayanan 5. Jam buka pelayanan 6. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	1. ≤ 60 menit 2. $\geq 90\%$ 3. 100% dokter spesialis 4. a. Klinik anak b. Klinik penyakit dalam c. Klinik kebidanan d. Klinik bedah 5. 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00 – 11.00 6. a. $\geq 60\%$ b. $\leq 60\%$
d.	<i>Intensive Care Unit</i>	1. Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan ICU	1. $\leq 3\%$ 2. a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal

			D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
e.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu pelayanan operasi elektif 2. Komplikasi anestesi 3. Kejadian kematian di meja operasi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 5. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 6. Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi 7. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	1. ≤ 2 hari 2. $\leq 6\%$ 3. $\leq 1\%$ 4. 100% 5. 100% 6. 100% 7. 100%
f.	Persalinan, perinatology dan Keluarga Berencana	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria 7. Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten	1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ 2. a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan 3. Tim PONEK yang terlatih 4. a. Dokter Sp.OG b. DokterSp.A c. Dokter Sp.An 5. 100 % 6. ≤ 20 % 7. 100 %

		dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	
		8. Kepuasan Pelanggan	8. $\geq 80\%$
g.	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	1. 100% 2. Dokter Sp.PK 3. 100% 4. $\geq 80\%$
h.	Farmasi	1. Kepatuhan penggunaan formularium nasional 2. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 4. Kepuasan pelanggan	1. 100% 2. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 3. 100% 4. $\geq 80\%$
i.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp. Rad 3. Kerusakan foto $\leq 2\%$ 4. $\geq 80\%$
j.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan 2. Sisa makanan yang tidak termakan 3. Tidak ada kesalahan dalam pemberian diet	1. $\geq 90\%$ 2. $\leq 20\%$ 3. 100%
k.	Rekam Medik	1. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan 2. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap 3. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 4. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	1. < 10 menit 2. < 15 menit 3. 100% 4. 100%
l.	Sanitasi	1. Pengelolaan limbah padat 2. Baku mutu limbah cair	1. 100% 2. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l

			c. TSH <30 mg/l d. PH 6-9
m.	Central Sterile Supply Department	1. Waktu tanggap ketersediaan alat steril	1. 100%
n.	Laundry	1. Penyediaan linen bersih 2. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100% 2. 100%
o.	Ambulans	1. Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah 2. Waktu pelayanan ambulans 3. Respon time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	1. < 30 menit 2. 24 jam 3. Sesuai ketentuan daerah?
p.	Gas Medis	1. Angka keterlambatan pengiriman tabung oksigen <i>emergency</i>	1. 5%
q.	Pemulasaran Jenazah	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	1. ≤ 2 jam
r.	Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	1. Ketepatan waktu pemeliharaan alat medis 2. Jumlah peralatan medis yang dilakukan kalibrasi 3. Waktu tanggap kerusakan alat	1. 80% 2. 80% 3. 80%
s.	Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit	1. Pengujian system alat pemadam kebakaran	1. 100%
t.	Pengaduan Masyarakat	1. Kepuasan pelanggan 2. Kecepatan respon terhadap komplain	1. ≥ 85% 2. > 75%
u.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. ≤ 50% 2. 100% 3. ≥ 80%
v.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi transfusi	1. 100% terpenuhi 2. ≤0,01%
w.	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan	100% terlayani
x.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	1. 100% 2. 100% 3. 100%

		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	4. 100% 5. $\geq 60\%$ 6. $\geq 40\%$ 7. 100% 8. ≤ 2 jam 9. 100%
y.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang terlatih 2. Tersedia Alat Pelindung Diri di setiap instalasi/departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial/HAI (Health Care Associated Infection) di Rumah Sakit (minimal 1 parameter)	1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75% 2. 60% 3. 75%

WALIKOTA BANJARMASIN,



IBNU SINA

LAMPIRAN II
PERATURAN WALIKOTA BANJARMASIN
NOMOR 48 TAHUN 2020
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN
SURIANSYAH KOTA BANJARMASIN

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

a. Pelayanan Gawat Darurat

1. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Indikator	:	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat, pasien darurat dan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien proses triase sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Harian
Periode Analisa	:	Bulanan
Numerator	:	Jumlah pasien baru zona merah yang ditangani < 5 menit
Denominator	:	Jumlah semua pasien baru zona merah
Sumber Data	:	Laporan registrasi pasien Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	90 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	dr. Soraya Febriananda

2. Kematian Pasien ≤ 8 Jam

Indikator	:	Kematian Pasien ≤ 8 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian ≤ 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Harian
Periode Analisa	:	Bulanan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat

Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤2 perseribu
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	dr. Soraya Febriananda

3. Kemampuan Menangani *Life Saving*

Indikator	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, dan orang dewasa
Definisi Operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Circulation, Airway</i> dan <i>Breath</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah alat yang dimiliki di Instalasi Gawat Darurat dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	:	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas Rumah Sakit
Sumber Data	:	Daftar inventaris alat di Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	dr. Soraya Febriananda

4. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	:	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Laporan Bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Indikator	:	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

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

7. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥ 70 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Indikator	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	:	Akses dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Pelayanan Rawat Inap

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Indikator	:	Pemberi pelayanan 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 Diploma 3)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 Bulan

Periode Analisa	:	6 Bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

2. Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya yang dilakukan antara 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

3. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Indikator	:	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu

		bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

4. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

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

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

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

Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Indikator	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Indikator	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Indikator	:	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap bulan
Inklusi	:	-
Eksklusi	:	-
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

9. Kejadian Pulang Paksa

Indikator	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan

		rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat inap

11. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

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

c. Pelayanan Rawat Jalan

1. Kepuasan Pelanggan di Rawat Jalan

Indikator	:	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	:	1 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	:	Survey Kepuasan Pelanggan
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Indikator	:	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	:	Survey Pasien Rawat Jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Indikator	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat

		dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Indikator	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan

Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

6. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Indikator	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan, register Tuberkulosis 03 UPK
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

d. Pelayanan *Intensive Care Unit*

1. Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam

Indikator	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	:	Efektifitas

Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	:	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 3%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Agus Kartono, AMK

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Indikator	:	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat Diploma 3 dengan sertifikat perawat mahir <i>Intensive Care Unit</i> /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 Diploma 3 dengan sertifikat perawat mahir <i>Intensive Care Unit</i> /setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Agus Kartono, AMK
Publikasi	:	Laporan KMKP

e. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

1. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anantesi Dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

Indikator	:	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi
-----------	---	---

		anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	:	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	$\leq 6\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Syaufi, AMK

2. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 100\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Syaufi, AMK

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan Pasien

Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 100 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Syaufi, AMK

4. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 100 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Syaufi, AMK

5. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien

Tujuan	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 100 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Syaufi, AMK

6. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Indikator	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan Pasien dan Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi elektif berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan atau sentinel event
Periode Analisa	:	Tiap bulan atau sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien meninggal selama operasi berlangsung
Denominator	:	Jumlah pasien operasi selama satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	$\leq 1\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	M. Syaufi, AMK

f. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Indikator	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.

Definisi Operasional	:	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, preeklampsia dan eklampsia 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 adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal)

		dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	:	Tersedia
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%

Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK
-----------------------------------	---	-------------------

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Indikator	:	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi Operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 100\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

7. a. Keluarga Berencana

Indikator	:	Keluarga Berencana
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang

		kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber Data	:	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

7. b. **Konseling KB Mantap**

Indikator	:	Konseling KB Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	:	Laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

8. **Kepuasan Pelanggan**

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga 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 Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan VK

g. Pelayanan Laboratorium

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	< 140 menit (manual)
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Nurin Aulia, A.Md. AK

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Indikator	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan

Sumber Data	:	Register di instalasi laboratorium
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Nurin Aulia, A.Md. AK

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Indikator	:	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 penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Nurin Aulia, A.Md. AK

4. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap 1 bulan
Periode Analisa	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Nurin Aulia, A.Md. AK

h. Pelayanan Rehabilitasi Medik

1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Indikator	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 50\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan Rehabilitasi Medik

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap 1 bulan
Periode Analisa	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Ruangan Rehabilitasi Medik

i. Pelayanan Farmasi

1. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Indikator	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Victoria M. Pebriasari, S.Farm., Apt.

2. a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≤30%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Victoria M. Pebriasari, S.Farm., Apt.

2. b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≤60%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Victoria M. Pebriasari, S.Farm., Apt.

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang

		disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Victoria M. Pebriasari, S.Farm., Apt.

4. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap 1 bulan
Periode Analisa	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Farmasi

j. Pelayanan Radiologi

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤ 3%
Penanggung Jawab	:	Mursidah, A.Md. Rad

Pengumpulan Data	
------------------	--

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Indikator	: Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	: Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 Bulan
Periode Analisa	: 3 Bulan
Numerator	: Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber Data	: Register di Instalasi Radiologi
Standar	: 100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	: Mursidah, A.Md. Rad

3 Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Indikator	: Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	: Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	: Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	: Setiap 1 bulan
Periode Analisa	: Setiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	: Register radiology
Standar	: $\leq 2\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	: Mursidah, A.Md. Rad

4. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap 1 bulan
Periode Analisa	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Mursidah, A.Md. Rad

k. Pelayanan Gizi

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Indikator	:	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Pasien mendapatkan makanan sesuai dengan jam makan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Harian
Periode Analisa	:	Bulanan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥90 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Nur Nadiya, A.Md. Gz

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan

Indikator	:	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
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Harian
Periode Analisa	:	Bulanan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah porsi makanan pasien yang disurvei
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\leq 20 \%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Nur Nadiya, A.Md. Gz

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Indikator	:	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan pemberian diet pasien dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam menyajikan makanan pasien tidak sesuai dengan rekomendasi dokter/petugas gizi ruangan rawat inap sesuai preskripsi diet yang diminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Harian
Periode Analisa	:	Bulanan
Numerator	:	Jumlah penyajian makanan yang disurvei dikurangi jumlah penyajian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Nur Nadiya, A.Md. Gz

1. Transfusi Darah

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Indikator	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	:	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang

		dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Indikator	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 0,01\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

m. Pelayanan GAKIN

Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.

Sumber Data	:	Register pasien
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Direktur Rumah Sakit

n. Pelayanan Rekam Medik

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Indikator	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Enggar Normanto, A.Md. RMIK

2. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Indikator	:	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi Operasional	:	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap 3 bulan

Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Enggar Normanto, A.Md. RMIK

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	:	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	:	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Enggar Normanto, A.Md. RMIK

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap

		oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	:	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Enggar Normanto, A.Md. RMIK

o. Pelayanan Sanitasi

1. Pengelolaan Limbah Padat

Indikator	:	Pengelolaan Limbah Padat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	:	Limbah Padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Proses pengelolaan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	:	1
Sumber Data	:	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	:	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Ahmad Doni Nijami

2. Baku Mutu Limbah Cair

Indikator	:	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	:	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter

		PH : 6-9, ammonia < 0.1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Ahmad Doni Nijami

p. Administrasi dan Manajemen

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Indikator	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	:	Notulen rapat
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Direktur Rumah Sakit

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Indikator	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam

		mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 tahun
Periode Analisa	:	3 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	:	Bagian Tata Usaha
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Direktur Rumah Sakit

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 tahun
Periode Analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	:	Sub bagian kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Indikator	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
-----------	---	--

Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 tahun
Periode Analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	:	Sub bagian kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Indikator	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar 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 di rumah sakit
Sumber Data	:	Sub bagian kepegawaian
Standar	:	≥60%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Indikator	:	Cost Recovery
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi

		dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	:	Sub bagian kepegawaian
Standar	:	≥40%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	:	Sub bagian kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Indikator	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.

Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Bagian Keuangan

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

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6
Sumber Data	:	Catatan di bagian keuangan
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Bagian Keuangan

q. Pelayanan CSSD

Waktu Tanggap Ketersediaan Alat Steril

Indikator	:	Waktu tanggap ketersediaan alat steril
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Agar tidak terjadi keterlambatan ketersediaan alat steril
Definisi Operasional	:	Waktu tanggap adalah waktu yang diberikan untuk menyediakan alat steril sebelum operasi dimulai <30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Pencatatan dilaksanakan setiap hari, dilakukan oleh PIC unit CCSD
Numerator	:	Jumlah ketersediaan alat steril
Denominator	:	Jumlah semua alat steril yang digunakan
Sumber data	:	Laporan bulanan Instalasi CSSD

Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi CSSD
Indikator	:	Waktu tanggap ketersediaan alat steril

r. Pelayanan Laundry

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Indikator	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Indikator	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Laundry

s. Pelayanan Ambulans

1. Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah

Indikator	:	Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah sakit
-----------	---	--

Dimensi Mutu	:	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/mobil jenazah
Definisi Operasional	:	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah keterlambatan pelayanan ambulans dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulans dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Rudi

2. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Indikator	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Instalasi gawat darurat
Standar	:	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Rudi

t. Pelayanan Gas Medis

1. Angka Keterlambatan Pengiriman Tabung Oksigen *Emergency*

Indikator	:	Angka keterlambatan pengiriman tabung oksigen <i>emergency</i>
Dimensi Mutu	:	Kontinuitas dan keselamatan pasien

v. Pelayanan IPSRS

1. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis

Indikator	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat medis
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	1. Memperpanjang usia kegunaan sarana Rumah Sakit 2. Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat di Rumah Sakit 3. Menjamin kestabilan kondisi sarana Rumah Sakit serta menjamin keselamatan pengguna baik operator ataupun pelanggan(pasien)
Definisi Operasional	:	1. Ketepatan waktu pemeliharaan adalah ketepatan waktu yang dilakukan serta langkah langkah teknis yang dilaksanakan oleh petugas IPSRS terhadap semua peralatan medis yang ada di Rumah Sakit agar selalu dalam kondisi baik, siap dan laik pakai, handal, dan tercapai usia teknisnya. 2. Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Harian
Periode Analisa	:	Bulanan
Numerator	:	Jumlah pemeliharaan alat medis yang tepat waktu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeliharaan alat medis yang dilakukan dalam waktu yang sama
Sumber Data	:	Buku Pemeliharaan alat
Standar	:	80 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	

2. Jumlah Peralatan Medis yang Dilakukan Kalibrasi

Indikator	:	Jumlah peralatan medis yang dilakukan Kalibrasi
Dimensi Mutu	:	Seluruh Unit Rumah Sakit
Tujuan	:	Keselamatan dan efektifitas
Definisi Operasional	:	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Jumlah peralatan medis yang dilakukan kalibraasi sesuai masa berlaku kalibrasi tidak lewat 3 (tiga) bulan dari waktu habis masa kalibrasinya oleh badan BPTK/vendor/internal kalibrators sejumlah $\geq 90\%$
Periode Analisa	:	Per 1 (satu) bulan

Numerator	:	Jumlah peralatan medis yang dilakukan kalibrasi sesuai masa berlaku kalibrasi
Denominator	:	Total jumlah peralatan medis yang ada di rumah sakit
Sumber Data	:	Check list daftar peralatan/maintenance
Standar	:	80 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	

3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Indikator	:	Waktu tanggap kerusakan alat
Dimensi Mutu	:	Kecepatan dan respon time
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat respon time petugas ketika menerima laporan kerusakan alat
Definisi Operasional	:	Kedatangan petugas perbaikan dalam waktu 30 menit dari laporan kerusakan alat yang diterima dari unit rumah sakit ke IPRS oleh petugas sejumlah 80%.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Harian
Periode Analisa	:	Bulanan
Numerator	:	Jumlah ketepatan waktu kedatangan petugas perbaikan <30 menit
Denominator	:	Total laporan kerusakan alat
Sumber Data	:	Buku Kerusakan alat
Standar	:	80 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	

w. Pelayanan K3RS

Pengujian Sistem Alat Pemadam Kebakaran

Indikator	:	Pengujian sistem alat pemadam kebakaran
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien, karyawan, pengunjung RS
Tujuan	:	Tergambarnya mutu pelayanan K3
Definisi Operasional	:	Pengujian sistem alat pemadam kebakaran meliputi : 1.Pemeriksaan APAR tiap bulan 2.Pemeriksaan Hydrant tiap satu tahun 3.Pemeriksaan Smoke Detector tiap satu tahun 4. Pemeriksaan fire alarm tiap satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pelaksanaan pengujian sistem kebakaran
Denominator	:	Jumlah alat pemadam kebakaran yang harus diperiksa
Sumber Data	:	Laporan pelaksanaan pemantauan K3
Standar	:	100%

Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Sischa Bangkit Puspita
-----------------------------------	---	------------------------

x. Pelayanan Pengaduan Masyarakat

1. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	Hasil penilaian IKM
Denominator	:	Skala maksimal nilai IKM
Sumber Data	:	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan
Standar	:	$\geq 85\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Ayu Shinta Devi

2. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Indikator	:	Kecepatan Respon Terhadap Komplain
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/

		dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan
Periode Analisa	:	3 Bulan
Numerator	:	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	:	3
Sumber Data	:	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	:	> 75%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Ayu Shinta Devi

y. Pencegahan Pengendalian Infeksi

1. Tim PPI

Indikator	:	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	:	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 Bulan
Periode Analisa	:	1 Bulan
Numerator	:	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	75%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD

Indikator	:	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	:	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di 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	:	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	75%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Ketua Komite PPI

3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
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 Pengumpulan Data	:	Ketua Komite PPI

WALIKOTA BANJARMASIN,



IBNU SINA