



SALINAN

BUPATI DEMAK  
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI DEMAK  
NOMOR 87 TAHUN 2019

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN FATAH  
KABUPATEN DEMAK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI DEMAK,

- Menimbang : a. bahwa standar pelayanan minimal dimaksudkan untuk menjamin ketersediaan, keterjaminan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang merupakan salah satu persyaratan administrasi yang harus terpenuhi apabila suatu Unit Pelaksana Teknis Daerah akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD);
- b. bahwa RSUD Sultan Fatah Kabupaten Demak merupakan salah satu UPTD pada Dinas Kesehatan yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu disusun Standar Pelayanan Minimal pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Sultan Fatah Kabupaten Demak;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatah Kabupaten Demak;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4279);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5035);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
10. 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);
11. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
12. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) di Rumah Sakit;
18. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/Menkes/SK/II/2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755 / MENKES / PER / IV / 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);
24. Peraturan Daerah Kabupaten Demak Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Demak (Lembaran Daerah Kabupaten Demak Nomor 5 Tahun 2016, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Demak Nomor 5);
25. Peraturan Bupati Demak Nomor 45 Tahun 2017 tentang Pendirian Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatah Kabupaten Demak (Berita Daerah Kabupaten Demak Tahun 2017 Nomor 46);

26. Peraturan Bupati Demak Nomor 4 Tahun 2018 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Pada Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Demak (Berita Daerah Kabupaten Demak Tahun 2018 Nomor 4);
27. Peraturan Bupati Demak Nomor 56 Tahun 2019 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatah Kabupaten Demak (Berita Daerah Kabupaten Demak Tahun 2019 Nomor 56);

#### MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN FATAH KABUPATEN DEMAK.

### BAB I KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Demak.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Demak.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Sistem yang diterapkan oleh UPTD dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengolahan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
5. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

6. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatah yang selanjutnya disingkat RSUD Sultan Fatah adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatah Kabupaten Demak yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD);
7. Direktur RSUD adalah Direktur RSUD Sultan Fatah Kabupaten Demak;
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
9. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1) Penyusunan SPM dimaksudkan untuk memberikan pedoman bagi RSUD Sultan Fatah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit.
- (2) Penyusunan SPM bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target, cara perhitungan / rumus / pembilang dan penyebut / standar / satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

## BAB III JENIS PELAYANAN, INDIKATOR KINERJA DAN TARGET

### Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

### Pasal 3

RSUD Sultan Fatah menyediakan fasilitas pelayanan medis dan penunjang medis serta melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) dan rujukan.

#### Pasal 4

Jenis pelayanan medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan persalinan dan perinatology; dan
- f. pelayanan intensif.

#### Pasal 5

Jenis pelayanan penunjang medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 meliputi:

- a. pelayanan radiologi;
- b. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- c. pelayanan rehabilitasi medik;
- d. pelayanan farmasi;
- e. pelayanan gizi;
- f. pelayanan transfuse darah;
- g. pelayanan gakin;
- h. pelayanan rekam medik;
- i. pelayanan pengolahan limbah;
- j. pelayanan administrasi manajemen;
- k. pelayanan ambulance/kereta jenazah;
- l. pelayanan pemulasaran jenazah;
- m. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- n. pelayanan laundry; dan
- o. pelayanan pencegahan pengendalian infeksi.

#### Bagian Kesatu Indikator Kinerja dan Target

#### Pasal 6

- (1) Indikator kinerja dan target digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan tujuan dan ruang lingkup pelayanan.
- (2) Indikator kinerja dan target sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### Pasal 7

- (1) Indikator kinerja dan target sebagaimana dimaksud dalam pasal 6 ayat (1) menjadi acuan dalam pemberian pelayanan medis dan penunjang medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan Pasal 5.
- (2) Uraian SPM berdasarkan jenis pelayanan medis dan penunjang medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

### BAB IV PELAKSANAAN

#### Pasal 8

- (1) RSUD Sultan Fatah menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### BAB V PENERAPAN

#### Pasal 9

- (1) Direktur RSUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, dan upaya peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja di lingkungan RSUD Sultan Fatah menyusun rencana kerja dan anggaran, target, dan upaya peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.

BAB VI  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Demak.

Ditetapkan di Demak  
pada tanggal 14 Oktober 2019

BUPATI DEMAK,

TTD

HM. NATSIR

Diundangkan di Demak  
pada tanggal 15 Oktober 2019

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN DEMAK,

TTD

SINGGIH SETYONO

BERITA DAERAH KABUPATEN DEMAK TAHUN 2019 NOMOR 87

Mengetahui:  
KEPALA BAGIAN HUKUM  
SETDA KABUPATEN DEMAK  
TTD  
KENDARSIH IRIANI, SH MH  
Pembina Tingkat I  
NIP. 197007081995032003



LAMPIRAN  
 PERATURAN BUPATI DEMAK  
 NOMOR 87 TAHUN 2019  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 PADA RUMAH SAKIT UMUM  
 DAERAH SULTAN FATAH  
 KABUPATEN DEMAK

**URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

**I. PELAYANAN GAWAT DARURAT**

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

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

**2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat**

<b>Judul</b>	<b>Jam buka pelayanan Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
---------------------------------	--------------------------------

### 3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

<b>Judul</b>	<b>Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki salah satu sertifikat pelatihan ATL/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Unit yang membidangi pendidikan dan pelatihan

### 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

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

## 5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim mutu/panitia mutu

## 6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥ 70
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim mutu/panitia mutu

## 7. Kematian Pasien < 24 jam di Gawat Darurat

<b>Judul</b>	<b>Kematian Pasien &lt; 24 jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode < 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di tangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

<b>Judul</b>	<b>Kematian Pasien &lt; 24 jam di Gawat Darurat</b>
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 diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di tangani di Gawat Darurat
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan klinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan</b>
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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

<b>Judul</b>	<b>Buka pelayanan sesuai ketentuan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

<b>Judul</b>	<b>Waktu Tunggu di Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja 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 Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

## 5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan / Tim mutu / panitia mutu

## 6. a. Penegekan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalu pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

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

<b>Judul</b>	<b>Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

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



## 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

## 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis Pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 4. Jam visite dokter spesialis

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

#### 5. Kejadian infeksi pasca operasi

<b>Judul</b>	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas(kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

## 6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

<b>Judul</b>	<b>Angka Kejadian Infeksi Nosokomial</b>
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 Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survey, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

## 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

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

## 8. Kematian pasien > 48 jam

<b>Judul</b>	<b>Kematian pasien &gt; 48 jam</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	0,24% ≤ 2,4/1000 (International) (NDR 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

## 9. Kejadian pulang paksa

<b>Judul</b>	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlahs eluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

## 10. Kepuasan pelanggan rawat inap

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≤ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

### 11. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

<b>Judul</b>	<b>Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

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

<b>Judul</b>	<b>Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rata inap di rumah sakit
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

## IV. BEDAH SENTRAL

### 1. Waktu tunggu operasi elektif

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas,kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antri pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

## 2. Waktu kematian di meja operasi

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisis	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

## 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	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	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

#### 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

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

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

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis



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

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

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

<b>Judul</b>	<b>Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis
---------------------------------	---

## V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia dan sepsis</p> <p><b>Pendarahan</b> adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas</p> <p><b>Pre-eklampsia dan eklampsia</b> mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolic &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai</li> </ul> <p><b>Ekampsia</b> adalah tanda pre-eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p><b>Sepsis</b> adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre- eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre- eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia ≤ 30%, Sepsis ≤ 0,2%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik

## 2. Pemberi pelayanan persalinan normal

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan persalinan normal</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

## 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan penyulit
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

#### 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

#### 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

<b>Judul</b>	<b>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik / Komite mutu

## 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

<b>Judul</b>	<b>Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

## 7. Kepuasan pasien persalinan

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pasien persalinan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite mutu / tim mutu

## VI. PELAYANAN INTENSIF

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

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

### 2. Pemberi pelayanan unit intensif

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An, dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An, dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

## VII. RADIOLOGI

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, 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 (dibaca dan disimpulkan hasilnya)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiology

### 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

<b>Judul</b>	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiology
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

### 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

<b>Judul</b>	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan roentgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiology

### 4. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

<b>Judul</b>	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu



## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggan waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 140$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

### 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilaksanakan 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 tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan

Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

### **3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium**

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

### **4. Kepuasan pelanggan**

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

## IX. REHABILITASI MEDIK

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

<b>Judul</b>	<b>Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 3. Kepuasan pelanggan

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

## X. FARMASI

### 1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

### 1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

### 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

### 3. Kepuasan pelanggan

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

### 4. Penulisan resep sesuai formularium

<b>Judul</b>	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

## **XI. GIZI**

### **1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien**

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≤ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### **2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

<b>Judul</b>	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

## XII. TRANSFUSI DARAH

### 1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

<b>Judul</b>	<b>Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah



## 2. Kejadian reaksi transfusi

<b>Judul</b>	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfuse darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat tranfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfuse dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 0,01 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD

## XIII. PELAYANAN GAKIN

### 1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

<b>Judul</b>	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

#### **XIV. REKAM MEDIK**

##### **1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan**

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

##### **2. Kelengkapan Informed Conccent setelah mendapat informasi yang jelas**

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan Informed Conccent setelah mendapat informasi yang jelas</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed Conccent adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik

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

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan / ditentukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sample penyediaan rekam mdeis yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata $\leq$ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

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

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

	dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

## **XV. PENGOLAHAN LIMBAH**

### **1. Baku Mutu Limbah Cair**

<b>Judul</b>	<b>Baku Mutu Limbah Cair</b>
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 indicator: BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 ng/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 30 ng/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

## 2. Pengolahan limbah pada berbahaya sesuai dengan aturan

<b>Judul</b>	<b>Pengolahan limbah pada berbahaya sesuai dengan aturan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

## XVI. ADMINISTRASI MANAJEMEN

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

<b>Judul</b>	<b>Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan

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

## 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal). Indikator-indikator kinerja pada rencana strategic bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

### 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

### 4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periode sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

### 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

<b>Judul</b>	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
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 karyawatn 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≤ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

### 6. Cost Recovery

<b>Judul</b>	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam perolde waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bag keuangan
Standar	≤ 40 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata usaha / Keuangan



### 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

### 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

<b>Judul</b>	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

## 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

## XVII. AMBULANCE / KERETA JENAZAH

### 1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

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

## 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulans/kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulans

## XVIII. PEMULASARAN JENAZAH

### 1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah
---------------------------------	---------------------------------------

## **XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT**

### **1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**

<b>Judul</b>	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat.
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

### **2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

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

**3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi**

<b>Judul</b>	<b>Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayaan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

**XX. PELAYANAN LAUNDRY**

**1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang**

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian linen yang hilang</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang hilang dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laundry

## 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

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

## XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. Tim PPI

<b>Judul</b>	<b>Tim PPI</b>
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	Setiap 3 bulan
Periode Analisis	Setiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

## 2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas
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 Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

## 3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan factor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi tersedia di rumah sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain: ILO (Infeksi Luka Operasi), ILI (Infeksi Luka Infus), VAP (Ventilator Assosiated Pneumonie), ISK (Infeksi Saluran Kemih)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI RS

BUPATI DEMAK,

TTD

HM. NATSIR