



**WALIKOTA PADANG
PROVINSI SUMATERA BARAT**

PERATURAN WALIKOTA PADANG

NOMOR 39 TAHUN 2014

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr RASIDIN**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA PADANG,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa dalam rangka peningkatan pelayanan tersebut, perlu ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr Rasidin.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonomi Kota Besar Dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sumatera Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 20);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
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 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. 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);
10. 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 dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 1980 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Padang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1980 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3164);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
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 4502);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4594);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Tehknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
22. Peraturan Daerah Kota Padang Nomor 17 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Kota Padang (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 17) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Padang Nomor 15 Tahun 2012 (Lembaran Daerah Tahun 2012 Nomor 15).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr RASIDIN.**

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Padang
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Walikota adalah Walikota Padang
4. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah dr Rasidin Padang yang selanjutnya disebut Rumah Sakit.
6. Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah dr Rasidin Padang.
7. PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat yang meliputi Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang Medik, Pelayanan Keperawatan, dan Pelayanan Administrasi Manajemen.
9. 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 atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
11. 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.
12. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran BLUD.
13. 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 standard WHO.
14. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

15. 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 standard yang telah ditetapkan sebelumnya.
16. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
17. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
18. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
19. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
20. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
21. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
22. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
23. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan serta upaya rujukan.
- (2) Jenis-jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1):
 - a. pelayanan Gawat Darurat;
 - b. pelayanan Rawat Jalan;

- c. pelayanan Rawat Inap;
- d. pelayanan Keperawatan;
- e. pelayanan Bedah;
- f. pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
- g. pelayanan Intensif;
- h. pelayanan Radiologi;
- i. pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
- j. pelayanan Rehabilitasi Medik;
- k. pelayanan Farmasi;
- l. pelayanan Gizi;
- m. pelayanan Transfusi Darah;
- n. pelayanan Keluarga Miskin;
- o. pelayanan Rekam Medik;
- p. pengelolaan Limbah;
- q. pengelolaan Linen;
- r. pelayanan Administrasi Manajemen;
- s. pelayanan Jenazah;
- t. pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
- u. pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- v. promosi Kesehatan dan Pemasaran.

Bagian kedua
Indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian SPM
Pasal 4

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) berdasarkan kepada indikator, nilai, batas waktu pencapaian dan uraian SPM.
- (2) Indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV
PELAKSANAAN
Pasal 5

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

**BAB V
PENERAPAN**

Pasal 6

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

**BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

**Bagian kesatu
Pembinaan**

Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 1. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 2. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 3. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 4. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

**Bagian Kedua
Pengawasan**

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit yang menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar 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 yang ditetapkan dalam RBA rumah sakit

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku maka Peraturan Walikota Padang Nomor 22 Tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr Rasidin Padang (Berita Daerah Tahun 2011 Nomor 22) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

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

Ditetapkan di Padang
pada tanggal 10 Desember 2014

WALIKOTA PADANG,

ttd

MAHYELDI

Diundangkan di Padang
pada tanggal 10 Desember 2014

SEKRETARIS DAERAH KOTA PADANG

ttd

NASIR AHMAD

BERITA DAERAH TAHUN 2014 NOMOR 39.

LAMPIRAN I
PERATURAN WALIKOTA PADANG
NOMOR 39 TAHUN 2014
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH dr RASIDIN

INDIKATOR, NILAI DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TAHUN)
		INDIKATOR	NILAI	
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani Life Saving	100 %	1
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	Sudah tercapai
		3. Pemberi Pelayanan Kegawat-daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100 %	3
		4. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat 5 menit	≤ 5 menit	Sudah tercapai
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	3
		6. Kematian Pasien ≤ 24 Jam	≤ 2 ‰	1
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	Sudah tercapai
		8. Kertediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 tim	1
2	Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	3
		2. Jam Buka Pelayanan Poli 08.00 s/d 13.00 Setiap Hari Kerja Kecuali Jum'at: 08.00 s/d 11.00	100 %	1
		3. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan	60 menit	2
		4. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan	100 % 1. Poli Anak 2. Poli Penyakit Dalam 3. Poli Kebidanan 4. Poli Bedah 5. Poli Gigi 6. Poli Kulit dan Kelamin 7. Poli THT 8. Poli Paru 9. Poli Mata 10. Poli Neorologi	2
		5. Kepuasan Pelanggan	90 %	3

		6. Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis.	100 %	Sudah tercapai
		7. Pencatatan Dan Pelaporan Tuberkulosis di Rumah Sakit	100 %	Sudah tercapai
3	Rawat Inap	1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis dan Dokter Umum b. Perawat minimal pendidikan D3	Sudah tercapai 4
		2. Dokter Penanggung jawab Pasien Rawat Inap	100 %	2
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah e. Mata f. THT g. Paru i. Penyakit Kulit dan Kelamin j. Neorologi	100 %	Sudah tercapai
		4. Jam Visite Dokter Spesialis: 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100 %	2
		5. Kejadian Infeksi Nosokomial	maksimal 1,5 %	3
		6. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1,5 %	2
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian	100 %	1
		8. Kematian Pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	2
		9. Kejadian Pulang Paksa	maksimal 5 %	3
		10. Kepuasan Pelanggan	90 %	3
4	Rehabilitasi Medik	1. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	Sudah tercapai
		2. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≥ 50 %	Sudah tercapai
		3. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	3
5	Radiologi	1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto	Maks. 3 Jam	3
		2. Pelaksana Ekspertisi	100 % Dokter Spesialis Radiologi	3
		3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	Maks. Kerusakan foto 2 %	3
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	1
6	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Maks. 140 menit (kimia darah dan darah rutin)	Sudah tercapai

		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Patologi Klinik	2
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	Sudah tercapai
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2
7	Farmasi	1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit	2
		2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	2
		3. Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100 %	Sudah tercapai
		4. Penulisan Resep Sesuai Formularium	100 %	3
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	2
8	Gizi	1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90 %	Sudah tercapai
		2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	Maks. 20 %	Sudah tercapai
		3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100 %	Sudah tercapai
9	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan	100 % Terlayani	Sudah tercapai
10	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekamedik 1x24 jam setelah selesai pelayanan.	100 %	2
		2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100 %	Sudah tercapai
		3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit	Sudah tercapai
		4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit	Sudah tercapai
11	Pengelolaan Limbah	1. Baku Mutu Limbah Cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6 – 9	Sudah tercapai Sudah tercapai Sudah tercapai Sudah tercapai
		2. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan	100 %	Sudah tercapai
12	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100 %	3
		2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100 %	Sudah tercapai
		3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100 %	1
		4. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala	100 %	1

		5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun	$\geq 60\%$	5
		6. Cost Recovery	$\geq 40\%$	3
		7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	1
		8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 2 Jam	1
		9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu	100%	2
		10. Perencanaan Strategis Rumah Sakit	100%	5
13	Ambulance /Mobil Jenazah	1. Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah	24 Jam	Sudah tercapai
		2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance /Mobil Jenazah di Rumah Sakit	Maks. 30 menit	2
		3. Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat Yang Membutuhkan	Maks. 1 Jam	2
14	Pemulasaran Jenazah	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah	Maks. 2 Jam	3
15	Pelayanan Pemeliharaan Sarana	1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	$\geq 80\%$	2
		2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	4
		3. Peralatan Laboratorium, Elektromedik, Alkes Lain Dan Alat Ukur Yang Digunakan Dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Ketentuan Kalibrasi	100%	2
16	Pelayanan Laundry	1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang	100%	1
		2. Ketepatan Waktu Untuk Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	100%	3
17	Persalinan dan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ d. Partus lama $\leq 20\%$	Sudah terpenuhi
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Obgyn, Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal), Bidan	3
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Dokter Spesialis Obgyn	3
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dokter Obgyn, Dokter Anak, Dokter Anestesi	3

		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %	3
		1. Keluarga berencana mantap	100 %	2
		2. Konseling KB mantap	100 %	Sudah tercapai
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	3
18	Bedah	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	Sudah tercapai
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	Sudah tercapai
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	Sudah tercapai
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	Sudah tercapai
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	Sudah tercapai
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	Sudah tercapai
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	1
19	Intensif	1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	3 %	3
		2. Pemberi pelayanan Intensif: dokter Sp.An, Sp lain, dan perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU setara D4	100 %	3
20	Transfusi darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % Terlayani	3
		2. Kejadian reaksi transfusi	≥ 0,01 %	1
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	≥ 75%	3
		2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi	≥ 75%	3
		3. Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	≥ 75%	3
22	Promosi Kesehatan Dan Pemasaran	1. Konseling kelompok di instalasi rawat inap 1 kali tiap ruangan tiap bulan	60 %	1
		2. Ketepatan waktu proses intern pembuatan perjanjian kerjasama (PKRS)	100 %	1

WALIKOTA PADANG,

ttd

MAHYELDI

LAMPIRAN II
PERATURAN WALIKOTA PADANG
NOMOR 39 TAHUN 2014
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH dr RASIDIN

URAIAN INDIKATOR

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Life Saving Di Gawat Darurat

Judul	Kemampuan Menangani Life Saving Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan life saving
Sumber data	Register di Instalasi Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Yang Masih Berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Yang Masih Berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang memiliki sertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bidang Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Sampel
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat /Tim mutu

5. 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	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
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	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu

6. Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik dan register IGD
Standar	2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Tidak Adanya Kewarusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8.Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim Penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu waktu.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Tim Penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	1 tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim Mutu/ Panitia Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan Di Poliklinik Spesialis

Judul	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 dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

2. Jam Buka Pelayanan

Judul	Jam Buka Pelayanan
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 Jam 08.00 s.d. 11.00

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu Di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber data	Survey pasien rawat jalan
Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/tim mutu

4. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 % (sesuai dengan kelas rumah sakit permenkes no.340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit Rawat Jalan

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan /Tim mutu

6. Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis

Judul	Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberkulosis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis tuberkulosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya mycobacterium tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberkulosis yang didiagnosis tuberkulosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberkulosis yang diperiksa
Sumber data	Rekam medis pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit Rawat Jalan

7. Pencatatan Dan Pelaporan Tuberkulosis di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan Dan Pelaporan Tuberkulosis di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

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

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang 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 pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses

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

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 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/tim mutu

5. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

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

6. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh ras 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 rawat inap yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite medik / komite mutu / Tim mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian.
Denominator	jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	0,24 % 2,4/1000 (international) (NDR 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	maksimum 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Mutu

IV. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan rehabilitasi medik yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah pemberian tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai dengan pedoman atau standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Program Pelayanan Tindakan Rehabilitasi Medik Yang Direncanakan

Judul	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Program Pelayanan Tindakan Rehabilitasi Medik Yang Direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan tindakan rehabilitasi medik sesuai yang direncanakan sehingga didapatkan hasil terapi yang optimal
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap program pelayanan tindakan rehabilitasi medik yang direncanakan adalah pasien tidak meneruskan program pelayanan tindakan rehabilitasi medik yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien drop out dalam 3 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram tindakan Fisioterapi dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq 50 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rehabilitasi medik yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

V. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	Maksimum 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

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

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register Instalasi Radiologi
Standar	Maksimal 2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)

Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi /Tim Mutu

VI. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel 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	Maksimal 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga yang berkompeten untuk memastikan keakuratan pemeriksaan
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter 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 yang berwenang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di Instalasi laboratorium
Standar	100 % dokter yang berwenang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi laboratorium

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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	Instalasi Laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

VII. FARMASI

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

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

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

5. Kepuasan Pelanggan

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

VIII. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang 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

Judul	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	Maksimal 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam 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

IX. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan Terhadap Pasien Keluarga Miskin Yang Datang Ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin
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

X. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 1 X 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

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

2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab 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	efektivitas, 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 medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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 di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam 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 survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

XI. PELAYANAN PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang 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
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 Instalasi Sanitasi

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none">1. Sisa jarum suntik2. Sisa Ampul3. Kasa bekas4. 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 Instalasi Sanitasi

XII. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Instalasi Rekam Medik, Bidang Keuangan, Bagian Tata Usaha, Bidang Penunjang dan Bidang Pelayanan Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha, Sub Bagian Kepegawaian

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan keperawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha, Sub Bag Kepegawaian

5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha, Sub Bagian Kepegawaian

6. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat biaya pemulihan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah belanja operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi	1 bulan

pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun
Denominator	Jumlah belanja operasional dalam satu tahun
Sumber data	Bidang Keuangan
Standar	$\geq 40 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 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	Bidang Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil Pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

8. Ketepatan Waktu Pemberian Tambahan Penghasilan

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Tambahan Penghasilan
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	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	12 kali
Sumber data	Bidang keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Keuangan

9. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Strategis Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan misi
Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Perencanaan strategi
Denominator	1
Sumber data	Subbag program
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur, kepala subbag program

XIII. PELAYANAN AMBULANCE/MOBIL JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan Ambulance/Mobil jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/Mobil jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/Mobil 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 pengumpul data	Ka. Subbag Umum

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/mobil jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	Maksimal 30 menit
Penanggung jawab	Subbag Umum

3. Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/mobil jenazah tepat waktu yang dibutuhkan masyarakat dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah oleh masyarakat dalam 1 bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	Maksimal 1 jam

Penanggung jawab pengumpul data	Subbag Umum
---------------------------------	-------------

XIV. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan 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	Maksimal 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Subbag Umum

XV. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan Alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan Alat (elektronika, komputer, listrik, air, otomotif, komunikasi dan elektromedik) yang rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak tersebut untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit IPSRS

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan Alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat (elektronika, komputer, listrik, air, otomotif, komunikasi dan elektromedik) 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 Unit IPSRS

3. Peralatan Laboratorium, Elektromedik, Alat Kesehatan Lain Dan Alat Ukur Yang Digunakan Dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi.

Judul	Peralatan Laboratorium, elektromedik, alat kesehatan lain dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium, elektromedik dan pelayanan lain yang menggunakan peralatan kesehatan dan alat ukur
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium, elektromedik, alat kesehatan lain dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium, elektromedik, alat kesehatan lain dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium, elektromedik, alat kesehatan lain dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit IPSRS

XVI. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Unit Laundry

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Unit Laundry

XVII. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI DAN KELUARGA BERENCANA

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan

Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, partus lama, dan sepsis</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic >110 mmHg - protein uria > 5 gr/ 24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif - oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p> <p>Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan aktif.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia / eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan pre-eklampsia / eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis
Standar	Pendarahan ≤1%, pre-eklampsia ≤30%, sepsis ≤0,2%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Obgyn, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Obgyn, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan [persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang ,memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu
---------------------------------	-------------

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter obgyn, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan detak janin ,berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gram, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre eklampsia berat, tali pusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim doter SpOG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

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

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

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

6. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga Yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medis dan laporan KB rumah sakit
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur pelayanan medik

7. Konseling KB Mantap

Judul	Konseling keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pelayanan medik

10. Kepuasan Pelanggan

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

XVIII. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

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

2. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi

Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu tahun
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

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien di operasi 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

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan 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

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya 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 waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya 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 waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

7. **Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube**

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan 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

XIX. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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 periode yang sama
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

2. Pemberi Pelayanan Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Intensif
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan intensif

Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Unit pelayanan intensif
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit ICU

XX. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

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

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfuse adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfuse, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis

Standar	≤ 0,01%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit transfusi darah

XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi

Judul	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) di setiap instalasi
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi
Definisi operasional	APD adalah alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

3. Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS

Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK) Keterangan: ILO : Infeksi Luka Operasi ILI : Infeksi Luka Infus VAP : Ventilator Associated Pneumonia 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

XXI. PROMOSI KESEHATAN DAN PEMASARAN

1. Konseling kelompok di instalasi rawat inap 1 kali tiap ruangan tiap bulan

Judul	Konseling kelompok di instalasi rawat inap 1 kali tiap ruangan tiap bulan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatkan pengetahuan, kemauan dan keterampilan pasien dan keluarga/pengunjung untuk berperilaku hidup bersih dan sehat
Definisi operasional	Konseling kelompok adalah upaya memberdayakan masyarakat agar mampu mandiri dalam menjaga kesehatannya melalui kegiatan penyuluhan dalam rangka meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan pada sekelompok pasien dan atau keluarga
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah konseling kelompok yang dilaksanakan oleh ruangan di instalasi rawat inap
Denominator	Jumlah ruangan rawat inap
Sumber data	Laporan konseling kelompok
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	PKRS, Kepala unit setiap instalasi rawat inap

2. Ketepatan waktu proses intern pembuatan perjanjian kerjasama (PKRS)

Judul	Ketepatan waktu proses intern pembuatan perjanjian kerjasama (PKRS)
Dimensi mutu	Efektifitas, legitimasi, timelines
Tujuan	Ada standarisasi waktu untuk penyelesaian pembuatan perjanjian kerjasama
Definisi operasional	Ketepatan adalah proses penyelesaian yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah penyelesaian pembuatan draft perjanjian kerjasama tepat waktu
Denominator	Jumlah pembuatan perjanjian kerjasama yang sudah ditandatangani
Sumber data	Data TU rawat pasien, mobilisasi dana
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	PKRS

WALIKOTA PADANG,

ttd

MAHYELDI