



PEDOMAN

# Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit



**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

362.11  
Ind  
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat  
Jenderal Bina Upaya Kesehatan

**Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan  
Minimum di Rumah Sakit.—**

Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2013

ISBN 978-602-235-300-3

- |               |                              |
|---------------|------------------------------|
| 1. Judul      | I. HEALTH SERVICES           |
| II. HOSPITALS | III. HOSPITAL ADMINISTRATION |



Pedoman

# **Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit**



**DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
JAKARTA 2012**



## KATA PENGANTAR



Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit secara tegas menyebutkan bahwa Rumah Sakit Pemerintah dikelola dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum maupun Badan Layanan Umum Daerah. Sebagai dasar penerapan Badan Layanan Umum adalah Undang Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 tahun 2012 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Salah satu syarat administratif yang harus dipenuhi sebelum ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum adalah Rumah Sakit wajib memiliki Dokumen Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit (SPMRS). Untuk itu, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Namun sejalan dengan perkembangan perumahsakit dan dengan mempertimbangkan sasaran MDG's, Akreditasi Rumah Sakit versi 2012, kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dan berbagai hal terkait pelayanan rumah sakit, maka dipandang perlu menyempurnakan SPM RS sebagaimana yang dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tersebut.

Diharapkan dengan terbitnya Buku Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit ini, akan memudahkan pengelola rumah sakit untuk menyusun SPM RS. Demikian pula bagi rumah sakit yang sudah menyusun SPM RS berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, diharapkan segera menyesuaikan dengan buku Pedoman ini.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah berkontribusi terhadap proses penyempurnaan SPM RS sampai dengan terbitnya buku Pedoman ini disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya.



Jakarta, November 2012

Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan

**Dr. Chairul Radjab Nasution, Sp.PD, K-GEH, FINASIM, FACP, M.Kes**

## **SAMBUTAN**

### **DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN**



**D**engan diberlakukannya Otonomi Daerah, bidang kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten/Kota dan bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diwilayahnya dalam rangka mewujudkan kesejahteraan yang diinginkan.

Rumah Sakit sebagai unit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit Umum dan Swasta dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu serta professional sehingga dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka diperlukan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat. Buku pedoman ini bertujuan agar tersedianya panduan bagi Pemilik Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah berperan dan memberikan kontribusi dalam proses penyusunan buku **Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit** ini kami sampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya. Semoga Buku ini bisa bermanfaat dan pengalamannya akan bermanfaat untuk perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan pada masa yang akan datang.

Jakarta, November 2012

Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan



**dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS**





## **Tim Penyusun**

dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS  
(Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan)

Dr. drg. Nurshanty S. Andi Sapada, M. Sc  
(Sekretaris Ditjen Bina Upaya Kesehatan)

dr. H. Chairul Radjab Nasution, Sp.PD, KGEH, FINASIM, FACP, M.Kes  
(Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan)

dr. H. Kuntjoro Adi Purjanto, M.Kes.  
(Direktur Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan)

dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS  
(Direktur Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa)

dr. Hanna Permana Subanegara, MARS  
(ARSADA)

dr. Kuntjoro Adi Purjano, MMR  
(ARSADA)

dr. Tjahyono Kuntjoro, MPH, Ph.D  
(ARSADA)

dr. Heru Aryadi, MPH, Ph.D  
(ARSADA)

dr. Sutirto Basuki, SpKK, M. Kes  
(ARSADA)

dr. Diar Wahyu Indriarti, MARS  
(Kasubdit Bina Pelayanan Kesehatan Rujukan di RSUD Umum Publik)

drg. Sophia Hermawan, M.Kes  
(Kasubdit Bina Akreditasi Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain)

Heru Prasetyo, SH, MARS  
(Kabag Hukum, Organisasi, dan Humas)

**Kontributor:**

1. Prof. Dr. Hasbullah Thabrani, M.P.H.
2. Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc. Ph.D.
3. Sekretaris Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Kefarmasian
4. Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran Sekretaris Jenderal  
Kementerian Kesehatan RI
5. Kepala Biro Keuangan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI
6. dr. Farid W Husain, Sp.B.KBD
7. dr. Mulya A. Hasjmy, Sp.B, M.Kes
8. dr. Ratna Rosita, MPH
9. dr. H Abdul Rival, M.Kes
10. dr. Yulizar Darwis, SpKJ, MM
11. drg. Liliana Lazuardy, M.Kes
12. Fresley Hutapea, SH, MH, MARS
13. dr. H. Syaiful Munawir Sitompul
14. Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K), MARS, DTM & H, DTCE
15. drg. Bachtaruddin
16. dr. Djoko Mardiyanto, M.Kes.
17. dr. Guntur Budi Wanarto MS
18. dr. Dolly Tahalele
19. dr. H. Makmur Surudji, M.Kes.
20. dr. Maxi R. Rondonuwu, DHSM
21. dr. Gede Wira Sunetra, MPPM
22. Marnis Rahman
23. dr. Wirda Saleh, MARS, MH.Kes.
24. dr. Umar Wahid, Sp.P
25. dr. Soekirman Soekin, Sp.THT, M.Kes.
26. dr. H. Muripto, M.A.R.S.
27. dr. Sugeng E. Suryadi, M.Sc.
28. dr. H. Agus Rahman
29. Rismawati, S.Si.
30. dr. Ria Nofida Telaumbanja
31. dr. H. Adi Zulhardi, M.M.
32. dr. R.M. Nobel
33. dr. H. Zainoel Arifin, M.Kes.
34. drg. H. Sonja Henny Rangkuti
35. dr. Donny Jandiana, Sp.BO
36. dr. Zuraidah

37. dr. Nur Abadi
38. dr. Tatar Sumandjar, Sp.PD
39. dr. Mulyo Hartono, Sp.PD
40. drg. Florentina
41. drg. Chandra Purnama
42. dr. Rita Enny Setianingsih, M.Kes.
43. Sugian Nor, S.K.M., M.Kes.
44. Ina Udiati, S.K.M.
45. dr. Maryani Suronoto
46. dr. Abdul Kadir, Sp.THT (K), Ph.D., M.A.R.S.
47. dr. Renny A. Lamadjido, Sp.PK
48. dr. Asih Widowati, M.A.R.S.
49. dr. Elzarita Arbain, M.Kes.
50. Dra. Wita
51. dr. Tatan Syaefuddin, Sp.Rad
52. drg. Yosephine Lebang, M.Kes.
53. drg. Saptarini, M.Kes.
54. dr. Suginarti, M.Kes.
55. Wachju M. Nadjib, SH
56. DR. Paudah, M.Si
57. dr. Ady Thomas
58. dr. Arsal Hasan, MPH
59. dr. Andriani Vita Hutapea
60. dr. Vika Wahyudi Anggiri
61. dr. Christian Suharlim



**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR : ...../MENKES/PER/.../20....**

**TENTANG**

**PEDOMAN PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM DI  
RUMAH SAKIT**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Menimbang:

- a. bahwa dengan berlakunya Otonomi Daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diwilayahnya;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat 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;
- c. bahwa untuk memenuhi persyaratan administratif Badan Layanan Umum, Rumah Sakit wajib menyusun Standar Pelayanan Minimum;
- d. bahwa untuk menyusun Standar Pelayanan Minimum, Rumah Sakit memerlukan Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum
- e. bahwa untuk memberikan acuan bagi Rumah Sakit dalam menyusun Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit, perlu Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 15 tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
8. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
9. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah nomor 74 tahun 2012

1. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1144/Menkes/SK/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam medik.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
TENTANG PEDOMAN PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN  
MINIMUM DI RUMAH SAKIT

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Sejak ditetapkan bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang diserahkan kepada pemerintah daerah, maka penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit menjadi kewajiban bagi Pemerintah Daerah. Penyerahan urusan pemerintahan bidang kesehatan ini juga diikuti dengan penyerahan wewenang dalam pengelolaan sumber dayanya seperti dana, sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya.

Rumah Sakit sebagai salah satu instistusi pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan di Rumah Sakit. Pada hakekatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, kesehatan yang merupakan salah satu urusan wajib pemerintah daerah, penyelenggaraannya berpedoman pada standar pelayanan minimum dan dilaksanakan secara bertahap.

Pemerintahan daerah yang melalaikan penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib, penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Pemerintah dengan pembiayaan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah yang bersangkutan

Sebagai institusi pelayanan kesehatan, pengelolaan Rumah Sakit pemerintah diwajibkan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum agar pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat dapat selalu ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran.

## **B. Maksud dan Tujuan**

Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Pemilik Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit sesuai dengan Pasal 8 Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja, target yang harus dicapai mengacu pada target nasional dengan kerangka waktu pencapaian sesuai kemampuan pemilik Rumah Sakit dan sumber data.



# **BAB II**

## **KETENTUAN UMUM**

### **Pasal 1**

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit adalah merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
3. Batas Waktu Pencapaian adalah Waktu yang ditetapkan oleh Kepala Daerah untuk mencapai target SPM Rumah Sakit.
4. Pusat Pertanggungjawaban di rumah sakit adalah unit pelayanan terkecil di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan yang minimum wajib disediakan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.
5. Pemerintah 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.
6. Pemerintahan Daerah adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah daerah.
7. Menteri Kesehatan adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan.
8. Menteri Dalam Negeri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri.
9. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara

penyelenggaraannya sesuai dengan standard kode etik profesi yang telah ditetapkan.

10. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Definisi operasional adalah dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
15. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
16. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
17. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
18. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
19. Target adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan wajib dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan pemilik rumah sakit.
20. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

## **BAB III**

### **RUANG LINGKUP**

#### **Pasal 2**

- (1) Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit ini menjadi acuan bagi Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota serta pemilik rumah sakit yang penerapannya oleh rumah sakit milik pemerintah provinsi/kabupaten/kota/rumah sakit non pemerintah;
- (2) SPM di RS ini disusun dan diterapkan dalam rangka peningkatan pelayanan di rumah sakit yang merupakan fungsi pelayanan Pemerintah Daerah yang berkaitan dengan pelayanan perumahan sakitan.

# **BAB IV**

## **PRINSIP PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM DI RUMAH SAKIT**

### **Pasal 3**

Dalam menyusun SPM di RS wajib memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Keselamatan Pasien, pada setiap jenis pelayanan kesehatan perorangan di Rumah Sakit wajib mengutamakan keselamatan pasien;
2. Pelayanan fokus pada pasien, merupakan pelayanan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien,serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis;
3. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
4. Sederhana, SPM di Rumah Sakit disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
5. Nyata, SPM di Rumah Sakit disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
6. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM di Rumah Sakit dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
7. Terbuka, SPM di Rumah Sakit dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
8. Terjangkau, SPM di Rumah Sakit dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
9. Akuntabel, SPM di Rumah Sakit dapat dipertanggungjawabkan kepada publik;
10. Bertahap, SPM di Rumah Sakit mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM di Rumah Sakit.

# **BAB V**

## **JENIS-JENIS PELAYANAN DI RUMAH SAKIT**

### **Pasal 4**

Jenis-jenis pelayanan pada pusat pertanggungjawaban di Rumah Sakit yang minimum wajib disediakan oleh Rumah Sakit meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat;
2. Pelayanan rawat jalan;
3. Pelayanan rawat inap;
4. Pelayanan bedah;
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi;
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
9. Pelayanan rehabilitasi medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan gizi;
12. Pelayanan transfusi darah;
13. Pelayanan pasien dari keluarga miskin;
14. Pelayanan Rekam medik;
15. Pengelolaan limbah;
16. Pelayanan administrasi manajemen;
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
19. Pelayanan laundry;
20. Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
21. Pencegah Pengendalian Infeksi;
22. Pelayanan Keamanan;

## **PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM DI RUMAH SAKIT**

### **Pasal 5**

- (1) Kepala Daerah/Pemilik rumah sakit menyusun SPM di RS sesuai dengan esensi Badan Layanan Umum sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (2);
- (2) Dalam penyusunan SPM di RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan jenis pelayanan indikator, standar dan batas waktu pencapaian SPM;
- (3) Dalam penyusunan SPM di RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berpedoman pada lampiran 1, lampiran 2, dan lampiran 3 Peraturan Menteri ini.

### **Pasal 6**

Dalam menyusun SPM di RS sebagaimana dimaksud dalam pasal 5, kepala daerah/pemilik rumah sakit mempertimbangkan hal hal sebagai berikut:

- a. keberadaan sistem informasi, pelaporan, dan evaluasi penyelenggaraan pemerintahan daerah yang menjamin pencapaian SPM di RS dapat dipantau dan dievaluasi oleh pemerintah secara berkelanjutan;
- b. standar pelayanan tertinggi yang telah dicapai di rumah sakit;
- c. keterkaitan antar SPM di RS dengan SPM bidang kesehatan;
- d. kemampuan keuangan daerah; kemampuan kelembagaan dan personil daerah; dan pengalaman empiris tentang cara penyediaan pelayanan perumahsakitian yang telah terbukti dapat menghasilkan mutu pelayanan yang ingin dicapai.

# **BAB VI**

## **PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM DI RUMAH SAKIT**

### **Pasal 7**

- (1) SPM di RS yang telah ditetapkan Kepala Daerah/pemilik rumah sakit menjadi salah satu acuan bagi rumah sakit untuk menyusun perencanaan dan penganggaran penyelenggaraan pelayanan perumah-sakitan;
- (2) Rencana pencapaian SPM di RS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam rencana strategik bisnis rumah sakit;
- (3) Target tahunan rencana pencapaian SPM di RS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan ke dalam Rencana Bisnis dan Anggaran;
- (4) Target tahunan rencana pencapaian SPM di RS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) serta realisasinya dilaporkan kepada Kepala Daerah/pemilik rumah sakit;
- (5) Dalam upaya pencapaian SPM di RS, rumah sakit dapat bekerjasama dengan pihak swasta sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku.

## **BAB VII**

# **BATAS WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM**

### **Pasal 8**

Rumah sakit menyusun rencana pencapaian SPM di RS yang memuat target tahunan pencapaian SPM di RS dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM di RS sesuai dengan Peraturan Kepala Daerah/Peraturan Pemilik Rumah Sakit



## **BAB VIII**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### **Pasal 9**

- (1) Kepala Daerah/pemilik rumah sakit melakukan pembinaan kepada rumah sakit dalam penerapan SPM di RS;
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM di RS, termasuk kesenjangan pembiayaannya;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM di RS dan penetapan target tahunan pencapaian SPM di RS;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM di RS; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM di RS.

#### **Pasal 10**

Pemerintah melaksanakan pembinaan, supervisi, monitoring, dan evaluasi atas penerapan SPM di RS oleh rumah sakit dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.

#### **Pasal 11**

- (1) Pemerintah Daerah/Pemilik rumah sakit wajib mendukung pengembangan kapasitas rumah sakit yang belum mampu mencapai SPM di RS;
- (2) Dukungan pengembangan kapasitas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

## **Pasal 12**

- (1) Kepala Daerah/pemilik rumah sakit bertanggung jawab atas pengawasan umum penerapan SPM di RS;
- (2) Menteri kesehatan bertanggung jawab atas pengawasan teknis penerapan SPM di RS;
- (3) Menteri Dalam Negeri bertanggung jawab atas Pengawasan Umum penerapan SPM di RS.

## **Pasal 13**

Pemerintah dan atau Pemerintah Daerah dapat memberikan penghargaan kepada rumah sakit yang berhasil mencapai SPM di RS dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dalam Peraturan Kepala Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah.

## **Pasal 14**

- (1) Pemerintah memberikan sanksi kepada rumah sakit yang tidak berhasil mencapai SPM di RS dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dalam Peraturan Kepala Daerah/peraturan pemilik rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dengan mempertimbangkan kondisi khusus rumah sakit yang bersangkutan;
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

## **BAB VIII**

### **PENUTUP**

#### **Pasal 15**

Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan kesehatan perorangan di pusat-pusat pertanggungjawaban yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pencapaian SPM di Rumah Sakit, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM di Rumah Sakit sebagai hak konstitusional masyarakat maka seyogyanya SPM di Rumah Sakit menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Pedoman Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit. SPM di Rumah Sakit ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Ditetapkan di : J a k a r t a

Pada tanggal : .....

**MENTERI KESEHATAN RI,**

**dr. NAFSIAH MBOI, SpA, MPH**

**Lampiran 1 :** Peraturan Menteri Kesehatan nomor ../MENKES  
PER/../2012

**SISTEMATIKA**  
**DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMUM DI RUMAH SAKIT**

Sistematika dokumen SPM di Rumah Sakit disusun dalam bentuk:

1. Bab I Pendahuluan yang terdiri dari;
  - a. Latar Belakang
  - b. Maksud dan tujuan
  - c. Pengertian umum dan khusus
  - d. Landasan Hukum
2. Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit
3. Bab III Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit.
  - a. Jenis Pelayanan
  - b. Indikator dan standar setiap jenis pelayanan
4. Penutup
5. Lampiran

**Lampiran 2 :** Peraturan Menteri Kesehatan nomor .../MENKES/PER/.../2012

**JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR**

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian awal	Rencana Pencapaian tahun ke					Penanggung-jawab		
		Jenis	Uraian			I	II	III	IV	V			
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1.	Kemampuan menangani life saving	100 %								
			2.	Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku									
			3.	Ketersediaan tim Penanggulangan bencana									
		Proses	4.	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam								
			5.	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang								
			6.	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100 %								
		Output	7.	Kematian pasien di IGD (≤ 8jam)	≤ 2 perseribu								
		Outcome	8.	Kepuasan pasien	≥ 70 %								

2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS																			
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis																			
			3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 – 11.00																			
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit																			
			5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%																			
			6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%																			
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih																			
			8. Peresepan obat sesuai formularium	100 %																			
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%																			
			Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 90 %																		

3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS																		
			2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS																		
			3. Tempat tidur dengan pengamanan	100 %																		
			4. Kamar mandi dengan pengamanan pegangan tangan	100 %																		
			5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %																		
			6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00																		
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %																		
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %																		
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100 %																		
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %																		
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%																		
			12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh*	≤ 5 %																		
			13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %																		
			14. Kepuasan pasien	≥ 90 %																		
		Output																				
		Outcome																				

4	Pelayanan bedah sentral	Input	1.	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS							
			2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS							
			3.	Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas RS							
			4.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari							
			5.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %							
			6.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %							
			7.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %							
			8.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %							
			9.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %							
			10.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %							
			Output									
Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %										



5	Persalinan dan perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG/ Dokter umum/ Bidan Tim PONEK terlatih Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An 100 % 100 % ≤ 20 % 100 % 100 %							
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit								
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif								
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)								
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia								
			6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan								
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih								
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih								
			9. Kematian ibu karena persalinan								
			10. Kepuasan pasien								
		Output	a. perdarahan ≤ 1 % b. pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %								
		Outcome	≥ 80 %								

6	Pelayanan intensif	Input	1. Pemberi pelayanan 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU 3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU						
		Proses	4. Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i> 5. Kejadian infeksi nosokomial	100 % <21 %						
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %						
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %						
		Input	1. Pemberi pelayanan radiologi 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer						
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax 4. Kerusakan foto 5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	Sesuai kelas RS ≤ 3 jam ≤ 2 % 100 %						
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi						
7	Pelayanan radiologi	Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %						

8	Pelayanan patologi klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik 2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS																		
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik 4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen 5. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS 6. Kemampuan Mikroskopis TB	≤ 120 menit  100 % Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen																		
		Output	7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium 8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	Dokter spesialis patologi klinik  100 %  100%																		
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %																		

9	Pelayanan rehabilitasi medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	1. Sesuai persyaratan kelas rumah sakit								
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik		Sesuai persyaratan kelas rumah sakit							
			Proses		3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %						
			Output		4. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %						
			Outcome		5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %						
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit								
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit								
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan <i>updated</i> paling lama 3 thn								
			Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit							
			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit								
			Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %							
			Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %							

11	Pelayanan gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan Tersedia							
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi		≥ 90 %						
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien		100 %						
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet		≤ 20 %						
			5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien		≥ 80 %						
			6. Kepuasan pelanggan		Sesuai standar BDRS						
12	Pelayanan transfusi darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS							
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit		Sesuai standar BDRS						
		Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %							
			4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100 %							
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %							

13	Pelayanan pasien keluarga miskin	Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin 2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	tersedia Ada					
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin 4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin						
		Output	5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani						
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan						
		Input	1. Pemberi pelayanan Rekam medik						
		Proses	2. Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan						
14	Pelayanan rekam medik	Proses	3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit					
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %					
		Output	5. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %					
		Output	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %					
		Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin 2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	tersedia Ada					
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin 4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	≤ 15 menit 100%					

15	Pengelolaan limbah	Input	<ol style="list-style-type: none"> <li>Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit</li> <li>Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit; padat, cair</li> <li>Pengelolaan limbah cair</li> <li>Pengelolaan limbah padat</li> <li>Baku mutu limbah cair</li> </ol>	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)										
		Proses		Sesuai peraturan perundangan										
		Output		Sesuai peraturan perundangan										
16	Administrasi dan manajemen	Input	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi</li> <li>Adanya peraturan internal rumah sakit</li> <li>Adanya peraturan karyawan rumah sakit</li> <li>Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan</li> <li>Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit</li> <li>Adanya perencanaan pengembangan SDM</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>BOD &lt; 30 mg/l</li> <li>COD &lt; 80 mg/l</li> <li>TSS &lt; 30 mg/l</li> <li>PH 6-9</li> </ol>	≥ 90 %									
				Ada										
				Ada										
				Ada										
				Ada										
				Ada										

Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %							
	8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %							
	9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %							
	10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %							
	11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %							
	12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam							
	13. Cost recovery	≥ 60 %							
	14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100 %							
	15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %							
	16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100 %							
Output									



17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam					
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	supir ambulans terlatih					
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah					
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit					
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit					
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %					
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %					
18	Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam					
			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit					
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur					

					≤15 menit setelah di kamar jenazah															
				4. Waktu tanggap pelayanan pemuliharaan jenazah																
				5. Perawatan jenazah sesuai standar <i>universal precaution</i>	100%															
				6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%															
			Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%															
			Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia															
				2. Adanya Penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur															
				3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia															
				Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%														
					5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%														
				Output	6. Ketersediaan linen	2, 5 - 3 set x jumlah tempat tidur														
					7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%														
19	Pelayanan laundry																			

20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1. Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur						
		Proses	2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia						
			3. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %						
		Output	4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %						
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100 %						
			6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100 %						
1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%									
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%						
		Proses	2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	≥60 %						
			3. Rencana program PPI	Ada						
			4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100 %						
		Output	5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%						
			6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>health care associated infection</i> (HAI) di rumah sakit.	≥ 75%						

22	Pelayanan Keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan 2. Sistem pengamanan 3. Petugas Keamanan melakukan keliling RS 4. Evaluasi terhadap system pengamanan 5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang 6. Kepuasan pasien	100%																
		Proses		Ada Setiap jam																
		Output		Setiap 3 bulan																
		Outcome		100%																
				≥ 90%																

**Lampiran 3** : Peraturan Menteri Kesehatan nomor :../MENKES  
PER/./2012

**URAIAN INDIKATOR.**

**I. Pelayanan gawat Darurat**

**1. Kemampuan Menangani *Life Saving*.**

Judul	<b>Kemampuan menangani <i>life saving</i></b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Circulation, Airway</i> dan <i>Breath</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat**

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

### 3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 4. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di- <i>sampling</i> secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di- <i>sampling</i> ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Sampel
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

## 6. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

Judul	<b>Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka</b>
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 7. Kematian Pasien Di IGD

Judul	<b>Kematian Pasien <math>\leq</math> 8 jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq$ 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 8 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik



Standar	≤2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 8. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
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 oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Ketersediaan Pelayanan

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis 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 RS sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

## 2. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
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 <i>clinical privilege</i> yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka antara pukul 08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at pukul 08.00 – 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

### 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Tunggu Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei

Sumber data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

## 5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	<b>Penegakan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kestinambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberculosis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya <i>Mycobacterium tuberculosis</i> melalui 3x pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosis tuberculosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis yang diperiksa
Sumber data	Rekam medik pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

## 6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	<b>Pasien Rawat Jalan Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS

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

## 7. Ketersediaan Pelayanan VCT

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan VCT</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi Operasional	Pelayanan <i>Voluntary Counselling and Testing</i> adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Adanya Pelayanan VCT
Denominator	1

Sumber data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

## 8. Pereseapan Obat Sesuai Formularium

Judul	<b>Pereseapan Obat Sesuai Formularium</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minmal 50 sampel)
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 9. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	<b>Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit</b>
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 Instalasi Rawat Jalan

## 10. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan / Tim mutu/panitia mutu

## III. PELAYANAN RAWAT INAP

### 1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Akses

Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

## 2. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

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



Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 3. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	<b>Tempat tidur dengan pengaman</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 4. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Judul	<b>Kamar Mandi Dengan Pengaman</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman

Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

## 5. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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

## 6. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam Visite Dokter Spesialis</b>
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 tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00

Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

## 7. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	<b>Kejadian Infeksi Pasca Operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pascaoperasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	infeksi pascaoperasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), pengerasan (dolor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤1,5 %
Penanggung jawab	ketua komide medik/komite mutu/tim mutu

## 8. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	<b>Angka Kejadian Infeksi Nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 9\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

## 9. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

## 10. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

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

## 11. Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit

Judul	<b>Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberkulosis dalam mendukung epidemiologi tuberkulosis
Definisi Operasional	Tidak ada

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tuberculosis yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien tuberculosis
Sumber data	Rekam medik pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

## 12. Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh

Judul	<b>Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	pulang sebelum sembuh 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 sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## 13. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas

Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 24/1000 (internasional) atau ≤ 25/1000 (Indonesia)
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

#### 14. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat, dan kondisi ruangan
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	Ketua komite mutu/tim mutu

## IV. BEDAH SENTRAL

### 1. Ketersediaan Tim Operator

Judul	<b>Ketersediaan Tim Operator</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tim operator adalah tim yang yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas instrumen sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (Beban kerja)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi

Judul	<b>Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali



Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Inventaris Instalasi bedah sentral
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

### 3. Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif

Judul	<b>Kemampuan melakukan tindakan operatif</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Rumah sakit mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dan unggulan rumah sakit
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah sentral
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RS
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

### 4. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	<b>Waktu Tunggu Operasi Elektif</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

## 5. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

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

## 6. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien

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

## 7. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala intalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	<b>Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i></b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> .

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medik
Standar	≤6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

## 10. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

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

## 11. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan instalasi bedah sentral
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan instalasi bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat
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	Ketua komite mutu/tim mutu

## V. Persalinan dan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)

### 1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan Normal</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi menolong persalinan
Denominator	Jumlah seluruh dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian, SMF Kebidanan

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

## 2. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menubung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat terlatih
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medik, SMF Kebidanan
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

## 3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dokter yang memberikan pelayanan dengan tindakan operasi
Denominator	Tim yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medik, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

#### 4. Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr

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



## 5. Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksia

Judul	<b>Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksia</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Definisi operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh Bayi baru lahir dengan asfiksia yang ditangani
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

## 6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	<b>Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam periode yang sama
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Komite mutu

## 7. Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten

Judul	<b>Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Tenaga yang kompeten adalah dokter spesialis Kebidanan dan Kandungan, dokter spesialis bedah, dan dokter umum yang terlatih.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## 8. Pelayanan Konseling Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap

Judul	<b>Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi mantap</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap

Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Konseling dilakukan minimal oleh tenaga bidan terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang mendapat konseling oleh tenaga bidan terlatih dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## 9. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	<b>Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, preeklampsia, eklampsia, dan sepsis.</p> <p><b>Pendarahan</b> adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>preeklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 110 mmHg</li> <li>• Proteinuria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>• Oedem tungkai</li> </ul> <p><b>Eklampsia</b> adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p><b>Sepsis</b> adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, preeklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medik Rumah Sakit
Standar	<b>Pendarahan <math>\leq 1\%</math>, preeklampsia <math>\leq 30\%</math>, Sepsis <math>\leq 0,2\%</math></b>
Penanggung jawab	Komite medik

## 10. Kepuasan Pelanggan

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

## VI. PELAYANAN INTENSIF

### 1. Pemberi Pelayanan Intensif

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Intensif</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
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	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan intensif
Denominator	1
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

### 3. Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator

Judul	<b>Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tempat tidur ruang intensif adalah tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tempat tidur yang dilengkapi dengan peralatan monitoring dan ventilator
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ICU
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

### 4. Kepatuhan Terhadap *Hand Hygiene*

Judul	<b>Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i></b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Menjamin <i>hygiene</i> dalam melayani pasien di ruang intensif
Definisi Operasional	<i>Hand Hygiene</i> adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah perawat yang diamati dan mematuhi prosedur <i>hand hygiene</i>
Denominator	Jumlah seluruh perawat yang diamati
Sumber data	Survei

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

## 5. Kejadian Infeksi Nosokomial Di Ruang ICU

Judul	<b>Kejadian Infeksi Nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU
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	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam periode yang sama
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

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

Judul	<b>Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama &lt; 72 Jam</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam periode yang sama
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤3 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

## VII. RADIOLOGI

### 1. Pemberi Pelayanan Radiologi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Radiologi</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Radiologi
Standar	Dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas



Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan radiografi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiografi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

### 3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax 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 foto thorax dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

#### 4. Kerusakan Foto

Judul	<b>Kerusakan Foto</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan 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 radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

#### 5. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pelabelan foto
Definisi operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan/atau kesalahan penandaan kanan/kiri.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien di instalasi radiologi yang difoto dengan pelabelan benar
Denominator	jumlah pasien yang difoto dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi radiologi

## 6. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

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

## 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Pemberi Pelayanan Patologi Klinik

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Patologi Klinik</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Patologi Klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi laboratorium
Standar	Dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas

Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan patologi klinik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laboratorium
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil 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	Survei

Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

#### 4. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan spesimen laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya spesimen milik orang yang satu dengan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah spesimen yang tertukar
Denominator	jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi laboratorium

#### 5. Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS

Judul	<b>Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa HIV-AIDS
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV/AIDS adalah pemeriksaan skrining HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV/AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV/AIDS

Denominator	1
Sumber data	Rekam medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

## 6. Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru

Judul	<b>Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa mikroskopis tuberculosis paru
Definisi operasional	Pemeriksaan mikroskopis tuberculosis paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosis
Denominator	1
Sumber data	Rekam medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

## 7. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

## 8. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

## 9. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal

Judul	<b>Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas, efisiensi



Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak di luar rumah sakit yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	jumlah seluruh parameter yang diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

## 10. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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	Kepala instalasi laboratorium

## IX. REHABILITASI MEDIK

### 1. Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik adalah dokter spesialis rehabilitasi medik, dan fisioterapis yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1
Sumber data	Unit Pelayanan Rehab Medik
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehab Medik

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan rehabilitasi medik baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris instalasi rehabilitasi medik
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

### 3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 4. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	<b>Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan</b>
-------	---

Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

## 5. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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	Kepala instalasi rehabilitasi medik

## X. FARMASI

### 1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Farmasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga farmasi yang ada di instalasi farmasi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi

Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Ketersediaan Formularium

Judul	<b>Ketersediaan formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	1
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

### 4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, 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	Survei
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

## 5. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, 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	Survei
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

## 6. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

## 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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	Kepala instalasi farmasi

## XI. GIZI

### 1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Gizi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas



Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di instalasi gizi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

### 3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya Efektivitas 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	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### 4. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet</b>
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei

Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

## 5. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	<b>Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien</b>
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektivitas 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 pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah porsi makanan pasien pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

## 6. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi

## XII. TRANSFUSI DARAH

### 1. Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah

Judul	<b>Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bank darah
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan bank darah adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan bank darah rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di bank darah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Bank Darah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

### 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas

Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bank darah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan bank darah adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bank darah sesuai dengan persyaratan dalam Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan Bank Darah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Sesuai dengan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

### 3. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	<b>Kejadian Reaksi Transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤0,01 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

#### 4. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	<b>Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

#### 5. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei

Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

### **XIII. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN**

#### **1. Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin**

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk pasien keluarga miskin
Denominator	1
Sumber data	Jamkesmas/Jamkesda
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

#### **2. Kebijakan RS untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin**

Judul	<b>Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Miskin
Denominator	1
Sumber data	Arsip SK
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

### 3. Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan

Judul	<b>Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

### 4. Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin

Judul	<b>Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin</b>
-------	---



Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Jaminan tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien keluarga miskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang tidak dikenakan biaya tambahan dikurangi jumlah pasien keluarga miskin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

## 5. Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani

Judul	<b>Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas atau jamkesda yang bekerjasama dengan RS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %

Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit
------------------	----------------------

## 6. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

## XIV. REKAM MEDIK

### 1. Pemberi Pelayanan Rekam medik

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Rekam medik</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam medik
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan Rekam medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan Rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi Rekam medik rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rekam medik Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam medik

## 2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen Rekam medik rawat jalan adalah dokumen Rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai Rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan Rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang Rekam medik untuk pasien lama
Standar	≤10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam medik

## 3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap</b>
-------	--

Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen Rekam medik rawat inap adalah dokumen Rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei
Standar	≤15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam medik

#### 4. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

## 5. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	<b>Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	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	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

## 6. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rekam medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rekam medik
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	Panitia Mutu

## XV. Pengolahan limbah

### 1. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	<b>Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Terkelolanya limbah rumah sakit sesuai peraturan perundangan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

## 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

## 3. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	<b>Pengelolaan Limbah Cair</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan

Definisi Operasional	Limbah Cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

#### 4. Pengelolaan Limbah Padat

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



Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
---------------------------------	--

## 5. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	<b>Baku Mutu Limbah Cair</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9, ammonia < 0.1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode 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	Kepala IPSRS

## XVI. Administrasi manajemen

### 1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Jabatan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit

frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	<b>Peraturan Internal Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis
Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis di rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	<b>Peraturan Karyawan Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas

Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumah sakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan.
frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

#### 4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	<b>Daftar Urutan Kepangkatan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja.
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dan di-update tiap 6 bulan
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 5. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	<b>Perencanaan Strategis Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
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	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 6. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	<b>Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

## 8. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat</b>
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

## 9. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan 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	Kepala Bagian Tata Usaha

## 10. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	<b>Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM</b>
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi teknis dan tercapainya pengembangan karir SDM
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan

### 11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	tiga bulan
Periode analisis	tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

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

Judul	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
-------	--

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

### 13. Cost Recovery

Judul	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan



#### 14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	<b>Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja</b>
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	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

#### 15. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	<b>Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun</b>
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia

Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

## 16. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Insentif</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	3
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

## XVII. Ambulans/Kereta Jenazah

### 1. Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaraan Jenazah

### 2. Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans/mobil jenazah yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	tenaga yang memberikan pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian

Standar	Supir ambulans/mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

### 3. Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab	Kepala IGD

### 4. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	<b>Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit</b>
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	$\leq 30$ menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans

## 5. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan</b>
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans/mbobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans/mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	$\leq 30$ menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans

## 6. Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian

Judul	<b>Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian</b>
Dimensi mutu	keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang aman
Definisi operasional	Kecelakaan ambulans/mobil jenazah adalah kecelakaan akibat penggunaan ambulans/mobil jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan dan/atau kematian bagi penumpang dan/atau masyarakat
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dikurangi jumlah kejadian kecelakaan pelayanan ambulans yang berakibat kematian/kecacatan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dalam satu bulan
Sumber data	Bidang Umum
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

## 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
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	Panitia Mutu

## **XVIII. PERAWATAN JENAZAH**

### **1. Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah**

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan perawatan jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Perawatan jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan keluarga
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan perawatan jenazah 24 jam
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	Tersedia 24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

### **2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah**

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses, efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan kamar jenazah

Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan kamar jenazah adalah ruang, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan, dan peralatan pelayanan kamar jenazah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Kamar Jenazah
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

### 3. Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses, Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah
Definisi Operasional	Tenaga pelayanan perawatan jenazah adalah tenaga yang ditunjuk melalui SK direktur untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga pemberi pelayanan perawatan jenazah
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan dan ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah



#### 4. Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total jenazah yang dirawat tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

#### 5. Perawatan Jenazah Sesuai *Universal Precaution*

Judul	<b>Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i></b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah yang aman
Definisi Operasional	<i>Universal Precaution</i> adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV/AIDS dengan menggunakan standar Alat Pelindung Diri (APD)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan <i>universal precaution</i>
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

## 6. Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi perawatan jenazah terhadap identitas pasien
Definisi operasional	kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah jenazah yang salah identifikasi
Denominator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Perawatan Jenazah

## 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

## **XIX. Pelayanan Laundry**

### **1. Ketersediaan Pelayanan Laundry**

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Akses, kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit atau dipihakketigakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

### **2. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry**

Judul	<b>Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab penyediaan linen di rumah sakit

Definisi Operasional	Penanggung jawab Pelayanan Laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan penyediaan linen di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pelayanan Laundry
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

### 3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan Laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laundry
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

#### 4. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan

Judul	<b>Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
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	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

#### 5. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	<b>Ketepatan pengelolaan linen infeksius</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di rumah sakit akibat linen infeksius
Definisi operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar

Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

## 6. Ketersediaan Linen

Judul	<b>Ketersediaan Linen</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di rumah sakit
Definisi operasional	Ketersediaan Linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari sprei, sarung bantal, selimut, sticklaken dan perlak dalam jumlah cukup
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di rumah sakit
Sumber data	Inventaris Instalasi laundry
Standar	2,5 – 3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

## 7. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	<b>Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen steril di rumah sakit
Definisi operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi
Denominator	Jumlah permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi
Sumber data	Instalasi laundry
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

## XX. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit

### 1. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	<b>Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasarana rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

## 2. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	<b>Ketersediaan Bengkel Kerja</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan di rumah sakit
Definisi Operasional	Bengkel Kerja adalah Tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin, dan peralatan yang ada di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya bengkel kerja
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Tersedia sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

## 3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	<b>Waktu Tanggap Kerusakan Alat</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat



Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

#### 4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat</b>
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/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	Kepala IPSRS

#### 5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	<b>Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Waktu Pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun

Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

## 6. Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	<b>Alat Ukur dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

## XXI. Pencegahan pengendalian infeksi

### 1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

Judul	<b>Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI

Definisi operasional	Tim PPI adalah tim Pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

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

Judul	<b>Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 3. Rencana Program PPI

Judul	<b>Rencana Program PPI</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	1
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 4. Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana

Judul	<b>Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Pelaksanaan program PPI adalah pelaksanaan tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu enam bulan
Sumber data	Tim PPI

Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

## 5. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas

Judul	<b>Penggunaan APD saat melaksanakan tugas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
Definisi operasional	Alat Pelindung Diri adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survei observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

## 6. Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit

Judul	<b>Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di rumah sakit, minimal satu parameter dari ILO< ILI< VAP< ISK)

Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

## XXII. Pelayanan Keamanan

### 1. Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan

Judul	<b>Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan</b>
Dimensi mutu	Keamanan, kompetensi teknis dan kenyamanan
Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
Definisi operasional	Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari Kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	Personalia
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian umum

## 2. Sistem Pengamanan

Judul	<b>Sistem pengamanan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya sistem pengamanan di rumah sakit khususnya pengamanan bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Definisi operasional	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Denominator	1
Sumber data	Bagian Umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

## 3. Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS

Judul	<b>Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS</b>
Dimensi mutu	Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas rumah sakit
Definisi operasional	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RS <u>setiap jam</u> dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	2 bulan sekali

Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40)
Denominator	Jumlah hari yang disampling
Sumber data	Laporan Petugas Keamanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

#### 4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan

Judul	<b>Evaluasi terhadap sistem pengamanan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi operasional	Evaluasi terhadap system pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap system pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	3 bulan
Sumber data	Pencatatan di Bagian umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

#### 5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

Judul	<b>Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang</b>
Dimensi mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit



Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/karyawan
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

## 6. Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan

Judul	<b>Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Bagian umum

## Daftar Pustaka

1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Keuangan Negara
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Balan Layanan Umum yang telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
8. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit, Departemen Kesehatan RI 2007
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit
11. ACHS (2012), *Clinical Indicator Summary Guide 2012*, Sidney
12. AHRQ (2007), *Guide to Inpatient Quality Indicators version 3.1*, Rockville, MD.
13. AHRQ (2007), *Guide to Patient Safety Indicators version 3.1*, Rockville, MD.
14. Karz, M., Green. E. (2007). *Managing Quality: A Guide to System-Wide Performance Management in Health Care*. 2<sup>nd</sup> ed. Mosby-Year Book, St. Louise.
15. Kementerian Kesehatan RI (2011), *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta





DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
2012

ISBN 978-602-235-300-3

