



**PERATURAN BUPATI HULU SUNGAI SELATAN**

**NOMOR 31 TAHUN 2013**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM BRIGJEND H. HASAN BASRY KANDANGAN**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI HULU SUNGAI SELATAN,**

- Menimbang** :
- a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 55 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang standar Pelayanan Minimal;
  - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Brigjend H. Hasan Basry Kandangan;
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
  2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
  3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah beberapa kali 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);

4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4846);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

5. Direktur adalah Direktur BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan.
6. Pelayanan rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

## **BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

### **Pasal 2**

- (1) BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sesuai SPM.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam pelayanan rumah sakit meliputi Indikator, Nilai dan Target Pencapaian SPM serta Isi SPM Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang Medik, Pelayanan Keperawatan, dan Administrasi Manajemen sebagaimana tercantum pada Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

### **Pasal 3**

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) diberlakukan dan dilaksanakan melalui penerapan SPM Rumah Sakit yang disusun oleh BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan.

## **BAB III PENGORGANISASIAN**

### **Pasal 4**

- (1) Direktur BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua lini, melalui penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit di bawah koordinasi Instalasi-instalasi dan Komite Medis di BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Rumah Sakit dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

**BAB IV  
PELAKSANAAN**

**Pasal 5**

- (1) SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian nilai masing-masing jenis pelayanan.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud dalam perencanaan program pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang ditetapkan.
- (3) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan rumah sakit untuk pencapaian nilai sesuai SPM seluruhnya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan.
- (4) Rumah sakit paling lambat 1 tahun menyusun rencana pencapaian SPM.

**BAB V  
PEMBINAAN DAN FASILITASI**

**Pasal 6**

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Kabupaten melakukan pembinaan dan fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit sesuai SPM.
- (2) Pembinaan dan fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi :
  - a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
  - b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian nilai.
  - c. Penilaian pengukuran kinerja.
  - d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

**BAB VI  
PENGENDALIAN DAN PENGAWASAN**

**Pasal 7**

- (1) Direktur melaksanakan pengendalian dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan sesuai SPM.
- (2) Direktur menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati.

**Pasal 8**

Bupati melaksanakan pengawasan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan BLUD RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan.

**BAB VII  
KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 9**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Hulu Sungai Selatan.

Ditetapkan di Kandangan  
pada tanggal 17 Juli 2013

**BUPATI HULU SUNGAI SELATAN,**

*mm*  
**ACHMAD FIKRY** *l*

Diundangkan di Kandangan  
pada tanggal 17 Juli 2013

**Plt. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN,**

*my*

**M. YUSUF EFFENDI**

TELAH DITELITI OLEH KASUBBAG PERUNDANG - UNDANGAN BAG. HUKUM SETDA KAB. HSS TANGGAL 17-7-2013	PARAF <i>l</i>
TELAH DIPERIKSA OLEH KEPALA BAG. HUKUM SETDA KAB. HSS TANGGAL 17-7-2013	PARAF <i>l</i>

**BERITA DAERAH KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN  
TAHUN 2013 NOMOR 177**

LAMPIRAN I  
 PERATURAN BUPATI HULU SUNGAI SELATAN  
 NOMOR **34** TAHUN 2013  
 TANGGAL 2013  
 TENTANG  
 INDIKATOR, KINERJA DAN TARGET PENCAPAIAN  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

**Indikator, Nilai dan Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)  
 RSUD BRIGJEND H. Hasan Basry Kandungan Tahun 2012 s/d 2016**

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL			WAKTU PENCAPAIAN						
		Kriteria	Indikator	Nilai	2012	2013	2014	2015	2016		
1	Pelayanan IGD	Input	1. Jam Buka pelayanan	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam		
			2. Kemampuan menangani menangani life saving	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			3. Pemberian pelayanan bersertifikat BTLS/PPGD/GELS/ATLS	100%	57 %	70%	80%	90%	100%		
			4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim		
		Proses	1. Waktu tanggap pelayanan dokter	≤ 5 Mnt	4 Menit	4 Menit	4 Menit	4 Menit	4 Menit		
			2. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		Output	1. Kematian pasien ≤ 24 jam	2/mil	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		
		Outcome	1. Kepuasan pelanggan	100%	78 %	90 %	100%	100%	100%		
		2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 % dr. Sp.	90 %	95 %	100 %	100 %	100 %
					2. Ketersediaan pelayanan a. Klinik penyakit dalam b. Klinik kebidanan c. Klinik bedah d. Klinik anak e. Klinik THT f. Klinik mata g. Klinik syaraf h. Klinik Jiwa i. Klinik psikologi j. Klinik gigi k. Klinik Rehab medik l. Klinik Paru m. Klinik umum n. Radiologi o. Laboratorium p. Apotik q. Gizi	100 % (Satu)					
3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan : Senin – sabtu jam: 08.00 s/d 13.00  Jum'at 08.00 – 11.30	100 %				100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
4. Pasien rawat jalan TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	≥ 60 %				40 %	45 %	80 %	80 %	80 %		

		<b>Proses</b>	1. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 mnt	≤ 60 mnt	≤ 60 mnt	≤ 60 mnt	≤ 60 mnt	≤ 60 mnt		
		<b>Output</b>	1. Pencatatan Pelaporan Kasus	≥ 60 %	60 %	70 %	80 %	80 %	80 %		
		<b>Outcome</b>	1. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	90 %	95 %	95 %	95 %	95 %		
3.	Pelayanan Rawat Inap (Ranap)	<b>Input</b>	1. Pemberi pelayanan ranap	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			2. Ketersediaan pelayanan Ranap a. Anak b. Penyakit. Dalam & Paru c. Kebidanan d. Bedah e. Perinatologi f. ICU g. Syaraf h. Mata i. THT	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
			3. Jam visite dokter spesialis, sesuai ketentuan : 09.00 s/d 13.00 setiap hari kerja	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
			4. Pasien TB Ranap dengan Strategi DOTS	≥ 60%	40 %	50%	80 %	80 %	80 %		
		<b>Proses</b>	1. Pulang Paksa	≤ 5%	11,7 %	5 %	5 %	5 %	5 %		
			2. DPJP Ranap	100%	80 %	90 %	100%	100%	100%		
		<b>Output</b>	1. Kejadian Infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %		
			2. Angka kejadian INOS	≤ 1,5%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %		
			3. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/mati	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %		
			4. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	2,18 %	2 %	1 %	1 %	1 %		
			5. Pencatatan dan Pelaporan TB Ranap	≥ 60%	40 %	60 %	80 %	80 %	80 %		
		<b>Outcome</b>	1. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	90 %	95 %	95 %	95 %	95 %		
		4.	Pelayanan Bedah Sentral	<b>Input</b>	1. Pemberi pelayanan Bedah Sentral (Terlatih dan Ahli)	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
				<b>Proses</b>	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	12 hari	6 hari	4 hari	4 hari	4 hari
<b>Output</b>	1. Kejadian kematian di meja operasi			≤ 1%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %		
	2. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi			100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
	3. Tidak adanya operasi salah orang			100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
	4. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi			100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
	5. Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada tubuh pasien setelah operasi			100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
6. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%			0 %	0 %	0 %	0 %	0 %			
<b>Outcome</b>	1. Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	80 %	90 %	90 %	90 %	90 %				

5.	Pelayanan Persalinan dan perinatalogi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal - Dokter Spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			- Dokter Umum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			- Bidan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim Ponek yang terlatih	0	0	1 (satu)	1 (satu)	1 (satu)	1 (satu)
		Proses	3. Pemberi pelayanan persalinan dengan Operasi - Dokter Sp. OG - Dokter Sp. A - Dokter Sp. An	100%	100%	100%	100%	100%	100%
				100%	100%	100%	100%	100%	100%
				100%	0%	50%	100%	100%	100%
				100%	80 %	90 %	100%	100%	100%
			1. Kemampuan menangani BBLR 1.500-2.500 gr	100%	80 %	90 %	100%	100%	100%
			2. Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria	≤ 20%	34,5 %	20 %	10 %	10 %	10 %
Output	3. Keluarga Berencana a. Keluarga Berencana Mantap b. Konseling peserta KB Mantap	100% 100%	100 % 100 %	100% 100%	100 % 100 %	100% 100%	100 % 100 %		
		1. Kejadian kematian ibu karena persalinan - Pendarahan - Preeklamsi - Sepsis	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2%	0,1% 0,1% 0	0,1% 0,1% 0	0,1% 0,1% 0	0,1% 0,1% 0	0,1% 0,1% 0	
	Outcome	1. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80 %	90 %	90 %	90 %	90 %	
6.	Pelayanan Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan unit Intensif - Dokter Sp. An	100 %	0 %	50 %	100 %	100 %	100 %
			- Dokter Sp. Sesuai Kasus	100 %	50 %	70 %	100 %	100 %	100 %
			- D3 dengan Sertifikasi ICU / D4	100 %	35,7%	35,7%	100 %	100 %	100 %
			Proses	1. Kemampuan menangani kondisi hilang kesadaran	100 %	80 %	90 %	90 %	90 %
		Output	1. Rata-rata pasien yang kembali ke Perawatan Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Outcome	1. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	80 %	90 %	90 %	90 %	90 %	
7.	Pelayanan Radiologi	Input	1. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan Rontgen adalah Dokter Sp. Rad	100%	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
		Proses	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	3 jam	45 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt
		Output	1. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen karena kerusakan foto	≤ 2%	4,26%	3 %	2 %	2 %	2 %
		Outcome	1. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
8.	Pelayanan Laboratorium	Input	1. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium adalah Dokter Sp. PK	100 %	70 %	80 %	100 %	100 %	100 %
		Proses	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 mnt	120 mnt	100 mnt	90 mnt	90 mnt	90 mnt

		<b>Output</b>	1. Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	80 %	90 %	100%	100%	100%
		<b>Outcome</b>	1. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75 %	80 %	90 %	90 %	90 %
9.	Pelayanan Rehab Medik	<b>Input</b>	1. Pemberi Pelayanan tenaga ahli	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Proses</b>	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehab yang direncanakan	≤ 50%	15 %	10 %	7,5 %	5 %	5 %
		<b>Output</b>	1. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehab medik	100%	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Outcome</b>	1. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	70 %	80 %	90 %	90 %	90 %
10	Pelayanan farmasi	<b>Input</b>	1. Pemberi pelayanan dengan Apoteker (Apt)	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Proses</b>	1. Waktu tunggu pelayanan a. obat jadi	≤ 30 mnt	20 mnt	15 mnt	10 mnt	10 mnt	10 mnt
			b. obat racikan	≤ 60 mnt	45 mnt	40 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt
		<b>Output</b>	1. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
		<b>Outcome</b>	1. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
11	Pelayanan Gizi	<b>Input</b>	1. Pemberi pelayanan dengan nutrisionist	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Proses</b>	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	90 %	95 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Output</b>	1. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	10%	7,5%	5%	5%	5%
			2. Tidak ada kesalahan dalam pemberian diet	100%	99 %	100%	100%	100%	100%
		<b>Outcome</b>	1. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	80 %	85 %	90 %	90 %	90 %
12	Pelayanan Transfusi Darah	<b>Input</b>	1. Pelayanan Oleh tenaga ahli	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Proses</b>	1. Waktu antri pelayanan	≥ 60%	50 %	60 %	70 %	70 %	70 %
		<b>Output</b>	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan Transfusi	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
		<b>Outcome</b>	1. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	80 %	90 %	90 %	90 %	90 %
13	Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin)	<b>Input</b>	1. Pemberi perlakuan sama oleh tenaga kesehatan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Proses</b>	1. Ketanggapan pelayanan	≥ 60%	50 %	60 %	80 %	80 %	80 %
		<b>Output</b>	1. Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	100 % terlayani				
		<b>Outcome</b>	2. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
14	Pelayanan Rekam medik	<b>Input</b>	1. Pelayanan oleh tenaga rekam medik	100 %	50 %	80 %	90 %	100 %	100 %
		<b>Proses</b>	1. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 mnt	5 mnt	4 mnt	4 mnt	3 mnt	3 mnt
			2. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap	≤ 15 mnt	12 mnt	10 mnt	5 mnt	5 mnt	5 mnt

		<b>Output</b>	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	23 %	50 %	80 %	100 %	100 %
			2. Kelengkapan Informed Conccent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Outcome</b>	1. Minimalisir Data Hilang	100 %	50 %	70 %	80 %	100 %	100%
<b>15</b>	<b>Pengelolaan Limbah</b>	<b>Input</b>	1. Baku mutu limbah cair a. BOD b. COD c. TSS d. PH	< 30mg/l < 80mg/l < 30mg/l 6-9	< 30mg/l < 80mg/l < 30mg/l 6-9	< 30mg/l < 80mg/l < 30mg/l 6-9	< 30mg/l < 80mg/l < 30mg/l 6-9	< 30mg/l < 80mg/l < 30mg/l 6-9	< 30mg/l < 80mg/l < 30mg/l 6-9
		<b>Proses</b>	1. Kontrol dengan IPAL	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Output</b>	1. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai aturan	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		<b>Outcome</b>	1. Infeksi nosokomial Kurang	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
<b>16</b>	<b>Adminstrasi Dan Manajemen</b>	<b>Input</b>	1. Karyawan yg mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60%	20 %	50 %	60 %	60 %	60 %
		<b>Proses</b>	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			2. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat inap	≤ 2 jam	1,5 jam	1 jam	30 mnt	30 mnt	30 mnt
		<b>Output</b>	1. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
			2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
			3. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
			4. Cost Recovery	≥ 40%	40 %	50 %	75 %	75 %	75 %
			5. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
			6. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
		<b>Outcome</b>	1. Akuntabilitas dan kinerja Karyawan	100 %	80 %	90 %	100 %	100%	100 %
<b>17</b>	<b>Ambulance / Kerete Jenazah</b>	<b>Input</b>	Pemberi pelayanan terlatih dan memiliki SIM	100 %	50 %	75 %	100 %	100%	100 %
		<b>Proses</b>	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam					

		<b>Output</b>	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
		<b>Outcome</b>	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	75 %	80 %	90 %	90 %	90 %
18	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	<b>Input</b>	Tenaga pelayanan khusus dan terlatih	100 %	0 %	25 %	50 %	75 %	100 %
		<b>Proses</b>	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	-	3 jam	2 jam	2 jam	2 jam
		<b>Output</b>	Jumlah komplain	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
		<b>Outcome</b>	Kepuasan keluarga / wali	≥ 90%	0 %	50 %	75 %	80 %	90 %
19	Pemeliharaan Sarana RSU	<b>Input</b>	Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain), yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
		<b>Proses</b>	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	28 %	50 %	70 %	80 %	80 %
		<b>Output</b>	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
		<b>Outcome</b>	Kepuasan user dan pelanggan	≥ 90%	75 %	80 %	90 %	90 %	90 %
20	Laundry	<b>Input</b>	Tenaga terampil	100 %	20 %	50 %	80 %	100 %	100%
		<b>Proses</b>	Adanya pencatatan	100 %	20 %	50 %	80 %	100 %	100%
		<b>Output</b>	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100 %	100%	100 %	100%	100 %
			2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	99 %	100%	100 %	100%	100 %
		<b>Outcome</b>	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	75 %	80 %	90 %	90 %	90 %
21	PPI	<b>Input</b>	1. Tim PPI yang terlatih	75%	0 %	25 %	50 %	75 %	75 %
			2. Ketersedian APD	60%	60%	60%	60%	60%	60%
		<b>Proses</b>	1. Kegiatan Pencatatan Pelaporan Infeksi Nosokomial di RS	75%	20 %	50 %	75%	75%	75%
		<b>Output</b>	1. Jumlah KTD / KNC	≥ 5%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
		<b>Outcome</b>	2. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	0 %	25 %	50 %	75 %	90 %

**BUPATI HULU SUNGAI SELATAN,**



**ACHMAD FIKRY**

LAMPIRAN II  
 PERATURAN BUPATI HULU SUNGAI SELATAN  
 NOMOR                   TAHUN 2013  
 TANGGAL                               2013  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)  
 PELAYANAN MEDIK; PELAYANAN PENUNJANG  
 MEDIK; PELAYANAN KEPERAWATAN DAN  
 ADMINISTRASI MANAJEMEN  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
 BRIGJEND H. HASAN BASRY KANDANGAN

**I. PELAYANAN GAWAT DARURAT**

**1. Kemampuan Menangani Pasien dengan Kegawatdaruratan**

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

## 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	<b>Jam buka pelayanan gawat darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat

## 3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS, BTLS, ACLS, ALS, PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

#### 4. Tim Penanggulangan Bencana

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instansi Gawat darurat / Tim mutu / Panitia mutu

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

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat

Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter di gawat darurat
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling
Sumber data	Sample
Standar	$\leq 5$ menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

#### 6. Kepuasan Pelanggan Pada Unit Gawat Darurat

Judul	<b>Kepuasan pelanggan pada unit 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
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disampling (minimal n = 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 70$ %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu

### 7. Kematian Pasien $\leq$ 24 Jam di Gawat Darurat

Judul	<b>Kematian Pasien <math>\leq</math> 24 Jam di gawat darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaraannya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq$ 24 Jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 Jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq$ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instansi Gawat darurat / Tim mutu / Panitia mutu

### 8. Pasien Jiwa yang Dapat Ditenangkan Dalam Waktu $\leq$ 48 Jam

Judul	<b>Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu <math>\leq</math> 48 Jam</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaraannya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan

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

### 9. Tidak Adanya Kebutuhan Membayar Uang Muka

Judul	<b>Tidak adanya keharusan 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 rawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dari PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Regester rawat jalan klinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2. Jam Buka Pelayanan

Judul	<b>Jam buka pelayanan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi operasional	Jam buka Pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan oleh tenaga spesialis, Jam buka 08.00-13.00 setiap hari kecuali hari Jum'at
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 pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

#### 4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu tunggu di rawat jalan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersediannya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey pasien rawat jalan
Standar	$\leq 60$ menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

#### 5. Kepuasan Pelayanan di Klinik Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelayanan pada rawat jalan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)

Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan/panitia mutu/tim mutu

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. 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 spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	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	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 2. 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 yang sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai tenaga dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien rawat inap di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap

Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus sesuai dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### **4. Waktu Tanggap Pelayanan Perawat di Ruang Rawat Inap Terhadap Pasien Baru**

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan perawat di ruang rawat inap terhadap pasien baru</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif, cepat dan responsif
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan perawat di ruang rawat inap setelah pasien masuk ruangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang di perlukan sejak kedatangan pasien di ruang rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber data	Sample
Standar	5 menit terlayani oleh perawat setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Supervisor, tim mutu, IRNA

### 5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Ruang Rawat Inap Terhadap Pasien Baru

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan dokter di ruang rawat inap terhadap pasien baru</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif, cepat dan responsif
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di ruang rawat inap setelah pasien masuk ruangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang di perlukan sejak kedatangan pasien di ruang rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber data	Sample
Standar	$\leq 1$ jam terlayani oleh perawat setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik, tim mutu, IRNA

### 6. Waktu Tanggap Laporan / Konsul

Judul	<b>Waktu tanggap lapor/konsul dokter</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Agar dapat diketahui keadaan / kondisi pasien
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dalam melaporkan / konsul ke dokter tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang di perlukan sejak pasien dinyatakan untuk dikonsulkan / dilaporkan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber data	Sample

Standar	≤ 10 menit dokter sudah dihubungi
Penanggung jawab pengumpul data	Supervisor, tim mutu, IRNA

### 7. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam visite dokter spesialis</b>
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 09.00 sampai dengan 12.00
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 09.00 sampai dengan 12.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, komite medik, panitia mutu

### 8. Jam Pulang Pasien Rawat Inap

Judul	<b>Jam pulang pasien rawat inap</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Agar semua pasien pulang dari rawat inap dapat terlaksana / diketahui
Definisi operasional	Ketentuan waktu yang ditetapkan pasien pulang rawat
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang rawat inap sesuai waktu ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien pulang rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Ruangan
Standar	Pukul 12.00 s/d 24.00 Wita
Penanggung jawab	Kepala ruangan, supervisor

### 9. Waktu Tanggap Pelayanan Administrasi Pasien Pulang Rawat Inap

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan administrasi pasien pulang rawat inap</b>
Dimensi mutu	Kecepatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan administrasi di ruang rawat inap
Definisi operasional	Kecepatan penyelesaian pelayanan administrasi pasien pulang rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan dalam penyelesaian administrasi pasien pulang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling ( minimum n = 50 )

Sumber data	Ruangan
Standar	< 1 Jam pelayanan administrasi pasien pulang selesai
Penanggung jawab	PDE, tim mutu

#### 10. Pelayanan Administrasi di Ruang Rawat Inap

Judul	<b>Pelayanan administrasi di ruang rawat inap</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan administrasi di ruang rawat inap
Definisi operasional	Jam buka pelayanan administrasi di ruang rawat inap pukul 08.30 s/d 13.30 WIT
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan administrasi rawat inap yang buka sesuai dengan ketentuan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan administrasi dalam 1 bulan
Sumber data	Ruangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	PDE, IRNA

#### 11. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

Penanggung jawab	Kepala instansi rawat inap / komite medik / Panitia mutu
------------------	--

### 13. Tidak Ada Pasien yang Difiksasi > 24 jam

Judul	<b>Tidak ada pasien yang difiksasi &gt; 24 jam</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman, efektif, dan tidak melanggar hak asasi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien difiksasi adalah kejadian pasien rawat inap yang difiksasi lebih dari 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang difiksasi
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medic
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 14. Tidak Ada Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan atau Kematian

Judul	<b>Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian

## 16. Kejadian Pulang Paksa

Judul	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medic
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu / tim mutu

## 17. 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
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	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu

#### IV. PELAYANAN KLINIK PSIKOLOGI

##### 1. Pemberi Pelayanan Psikologi

Judul	<b>Pemberi pelayanan psikologi di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan psikologi oleh tenaga kompeten sesuai kebutuhan pasien
Definisi operasional	Pemberi pelayanan psikologi di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan adalah tenaga yang sudah mendapat sertifikasi sebagai psikologi klinis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tenaga psikolog klinis di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medic
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mutu

##### 2. Ketersediaan Pelayanan Psikologi di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan psikologi di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan psikologi yang minimal harus ada di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan
Definisi operasional	Pelayanan psikologi adalah pelayanan untuk pemeriksaan dan terapi psikologik

	diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	$\leq$ 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium

## 2. 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 ketetapan 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

**3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium di  
RSU Brigjend H. Hasan Basry Kandangan**

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

**4. Kepuasan pelanggan pelayanan laboratorium di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan**

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium

**VI. FARMASI**

**1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi**

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pelayanan obat jadi pasien disurvey dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 15$ menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## 2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

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

### 3. Kepuasan Pelanggan Pelayanan Farmasi

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 prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

### 4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei

Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

#### 5. 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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. salah dalam memberikan jenis obat</li> <li>2. salah dalam memberikan dosis</li> <li>3. salah orang</li> <li>4. salah jumlah</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## VII. GIZI

### 1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien.

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi.
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei.
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap.

### 2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan Oleh Pasien.

Judul	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi.
Definisi operasional	Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RS).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan.

Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap.

### 3. 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	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap.

## VIII. PELAYANAN GAKIN

### 1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke Rumah sakit dalam 1 bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Direktur Rumah Sakit

## IX. REKAM MEDIK

### 1. 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, pelaksana asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah rekam medik yang di survey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang di survey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik/ Kasi Pelayanan Medik

## 2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	<b>Kelengkapan Informed Consent 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	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medic

### 3. 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 atau ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	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	Rerata $\leq$ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik

### 4. 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 Analisa	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 survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medic

## X. PENGELOLAAN LIMBAH

### 1. Baku Mutu Limbah Cair

Indikator	<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

Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala sanitasi

## 2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai dengan Aturan

Indikator	<b>Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit
Definisi Operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan – bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa Ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.</p>
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operating Prosedur yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pemeriksaan

Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS/ Kepala K3RS

## XI. ADMINSTRASI MANAJEMEN

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

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

## 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kerja

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kerja</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	<p>Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada SPM, rencana strategik bisnis RSUD H. Hasan Basry Kandungan, indikator kinerja padan RSUD H. Hasan Basry dan indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.</p> <p>Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 kali sebulan</p>
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

### 3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

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

### 4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 5. 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 dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai rumah sakit
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

## 6. Cost Recovery

Judul	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit.
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bagian Keuangan
Standar	$\geq 40\%$
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

## 7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	<b>Ketetapan 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	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan

Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

**8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap.**

Judul	<b>Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap.</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, 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

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

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Ketepatan Waktu.</b>
Dimensi mutu	Efektifitas.
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang di capai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

**XII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH**

**1. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di RSUD H. Hasan Basry Kandungan**

Indikator	<b>Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di RSUD H. Hasan Basry Kandungan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSUD H. Hasan Basry Kandungan dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah : waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di

	RSU Brigjend H. Hasan Basry Kandungan sampai terdeianya ambulance/kereta jenazah maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance / kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance, kereta jenazah

### XIII. PEMULASARAAN JENAZAH

#### 1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah.

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan 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.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	total pasien yang diamati dalam satu bulan.
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	$\leq 2$ jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi pemulasaraan jenazah.

## 2. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Judul	<b>Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 Jam
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

## XIV. LAUNDRY

### 1. Tidak Ada Kejadian Linen yang Hilang

Indikator	<b>Tidak ada kejadian linen yang hilang</b>
Dimensi mutu	Efisiensi & efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan

## XV. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

### 1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Indikator	<b>Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan sarana Rumah Sakit
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala IPRS

### 2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Indikator	<b>Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (services) 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 IPRS

### 3. Peralatan Laboratorium (Alat Ukur yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi

Indikator	<b>Peralatan Laboratorium (Alat Ukur yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan & efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai pengamatan fasilitas kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun
Sumber data	Buku Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Instalasi laboratorium

## XVI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. TIM PPI

Judul	<b>Tersedianyaa Anggota TIM PPI yang Terlatih</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersediannya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas TIM PPI
Definisi operasional	Adalah anggota TIM PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

### 2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Judul	<b>Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD)</b>
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya alat pelindung diri (APD) disetiap instalasi RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan
Definisi operasional	Alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan seperti Masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD

Denominator	Jumlah instalasi di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan
Sumber data	Survey
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpulan data	TIM PPI

### 3. Kegiatan Pencatatan, Pelayanan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan

Judul	<b>Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan</b>
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan factor resiko infeksi nosokomial pengumpulan data (chek list) pada instalasi yang tersedia di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan Minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpulan data	TIM PPI RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan

## XV. KEAMANAN

### 1. Tidak Ada Kejadian Kehilangan

Indikator	<b>Tidak Ada Kejadian Kehilangan</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan keamanan
Definisi Operasional	Kejadian kehilangan adalah terjadinya kehilangan sarana dan atau prasarana di rumah sakit selama jam tugas keamanan
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah ketiadaan kejadian kehilangan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan bersangkutan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala satuan pengamanan

### 2. Jam Tugas Satuan Pengamanan

Indikator	<b>Jam Tugas Satuan Pengamanan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan keamanan 24 jam di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan
Definisi Operasional	Jam tugas 24 jam adalah keamanan selalu siap dan memberikan pelayanan keamanan di lingkungan RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan selama 24 jam
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif jam tugas selama satu bulan

Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Registrasi satuan pengamanan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala satuan pengamanan

## XVI. PELAYANAN INTENSIF

### 1. Pelayanan Intensif

Judul	<b>Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama &lt; 72 jam</b>
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤3 %
Penanggung jawab	Komite medik dan / mutu

## 2. Pemberi Pelayanan Intensif

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

## XVII. PELAYANAN HIGH CARE UNIT

### 1. Lama Hari Perawatan Pasien HIGH CARE UNIT

Judul	<b>Lama Hari Perawatan Pasien HIGH CARE UNIT</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien HIGH CARE UNIT di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu perawatan pasien HIGH CARE UNIT di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien HIGH CARE UNIT
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam Medis
Standar	7 hari
Penanggung jawab	Kepala Instalasi HIGH CARE UNIT

## 2. Tidak Ada Pasien yang Difiksasi > 24 jam

Judul	<b>Tidak Ada Pasien yang Difiksasi &gt; 24 jam</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman, efektif, dan tidak melanggar hak asasi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien difiksasi adalah kejadian pasien HIGH CARE UNIT yang difiksasi > 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat pada bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang difiksasi
Denominator	Jumlah pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat pada bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis, sensus harian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi HIGH CARE UNIT

### 3. Tidak Ada Luka Lecet Akibat Fiksasi

Judul	<b>Tidak Ada Luka Lecet Akibat Fiksasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman, efektif, dan tidak melanggar hak asasi pasien
Definisi operasional	Kejadian luka lecet akibat fiksasi adalah kejadian pasien HIGH CARE UNIT yang mengalami luka lecet akibat fiksasi
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang lecet akibat fiksasi
Denominator	Jumlah pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis, sensus harian, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi HIGH CARE UNIT

### 4. Tidak Ada Abses Akibat Injeksi

Judul	<b>Tidak Ada Abses Akibat Injeksi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman, efektif, dan tidak melanggar hak asasi pasien
Definisi operasional	Kejadian abses akibat injeksi adalah kejadian pasien HIGH CARE UNIT yang mengalami abses akibat injeksi
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan

Numerator	Jumlah pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang abses akibat injeksi
Denominator	Jumlah pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat pada bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis, sensus harian, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi HIGH CARE UNIT

### 5. Kejadian Pasien Lari

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Pasien Lari</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien lari adalah kejadian pasien lari selama dirawat inap di HIGH CARE UNIT
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang lari
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis, sensus harian, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi HIGH CARE UNIT

## 6. Tidak Adanya Kejadian Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien HIGH CARE UNIT di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi karena perawatan HIGH CARE UNIT yang tidak baik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien HIGH CARE UNIT yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis, sensus harian, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Medik, SubKomite Mutu

## 7. Ketersediaan Alat Sesuai Standar

Judul	<b>Ketersediaan Alat Sesuai Standar</b>
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya alat-alat sesuai standar untuk menunjang terapi di HIGH CARE UNIT
Definisi operasional	Alat sesuai standar adalah alat-alat yang diperlukan untuk menunjang terapi di HIGH CARE UNIT yang sesuai standar

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Alat-alat sesuai standar untuk menunjang terapi di HIGH CARE UNIT (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register inventaris perlengkapan
Standar	ECT premedikasi, restraining jacket, tali fiksasi berbahan?
Penanggung jawab	Kepala Instalasi HIGH CARE UNIT

### 8. Pemberi Pelayanan di HIGH CARE UNIT

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Unit Intensif</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik / mutu.

## XVIII. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

### 1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	<b>Waktu Tunggu Operasi Elektif</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, 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 medis
Standar	$\leq 2$ hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

### 2. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	<b>Kejadian Kematian di Meja Operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, Efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya 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 sentinel event
Periode analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasein yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral / Komite medis

### 3. 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 pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasein yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral / Komite medis

#### 4. 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 sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasein yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral / Komite medis

#### 5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event

Numerator	Jumlah pasein yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral / Komite medis

**6. 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 pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasein yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral / Komite medis

**7. Komplikasi Anestasi Karena Overdosis, Reaksi Anestasi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube**

Judul	<b>Komplikasi Anestasi karena Overdosis, Reaksi Anestasi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestasi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestasi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasein yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral / Komite medis

**XIX. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATALOGI**

**1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan**

Judul	<b>Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan

Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre klampsia / eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan karena pendarahan, pre klampsia / eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1 % Pre-eklamsia < 30 %, sepsis < 0,2 %
Penanggung jawab	Komite Medik

## 2. 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 tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Medik

## 3. 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, 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, talipusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite Mutu

#### 4. 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 anatesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anatesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Mutu

#### 5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr

Judul	<b>Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang 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 berhasil ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik / Komite Mutu

## 6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

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

## 7. Kepuasan Pelanggan

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

Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu / tim mutu

## XX. PELAYANAN RADIOLOGI

### 1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 3$ jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 2. 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 radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiology
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	<b>Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

#### 4. Kepuasan Pelanggan Pelayanan Radiologi

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	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu / tim mutu

## XXI. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

### 1. 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 efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak tersedia 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 medis
Standar	$\leq 50\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 2. 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 medis
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 3. Kepuasan Pelanggan

Indikator	<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 Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei ( minimal n=50 )

Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi Medik

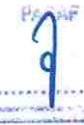
## XXII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

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

Judul	<b>Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan
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	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

## 2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01\%$
Penanggung jawab	Kepala UTD

TELAH DITELITI OLEH KASUBBAG PERUNDANG - UNDANGAN BAG. HUKUM SETDA KAB. HSS TANGGAL 17-7-2013	PARAF 
TELAH DIPERIKSA OLEH KEPALA BAG. HUKUM SETDA KAB. HSS TANGGAL 17-7-2013	PARAF 

BUPATI HULU SUNGAI SELATAN, f

  
 ✓ ACHMAD FIKRY h