



BUPATI HULU SUNGAI SELATAN  
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN BUPATI HULU SUNGAI SELATAN  
NOMOR 55 TAHUN 2023  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DAHA  
SEJAHTERA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI HULU SUNGAI SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan dan menjadi tanggungjawab penuh Pemerintah Daerah;
- b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat 2 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu ditetapkan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Daha Sejahtera Kabupaten Hulu Sungai Selatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Daha Sejahtera Kabupaten Hulu Sungai Selatan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Daha Sejahtera Kabupaten Hulu Sungai Selatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat No. 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 No. 9), sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. 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);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangann (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor

- 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
  6. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
  7. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
  8. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2022 tentang Provinsi Kalimantan Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6779);
  9. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6997);
  10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan (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);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
20. Peraturan Bupati Hulu Sungai Selatan Nomor 105 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Daha Sejahtera (Berita Daerah Hulu Sungai Selatan Tahun 2020 Nomor 105);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DAHA SEJATERA.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Hulu Sungai Selatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Hulu Sungai Selatan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD Daha Sejahtera adalah Rumah Sakit Umum Daerah Daha Sejahtera Kabupaten Hulu Sungai Selatan.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Daha Sejahtera
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
7. Pejabat Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang selanjutnya disebut PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Daha Sejahtera kepada masyarakat.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
10. Unit Pelayanan adalah unit layanan yang ada di RSUD Daha Sejahtera.
11. Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yang harus diberikan secepatnya untuk mengurangi resiko kematian atau cacat tanpa memperhitungkan jumlah kunjungan dan pelayanan yang diberikan kepada peserta atau anggota keluarganya.
12. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum untuk keperluan observasi, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
13. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum untuk keperluan observasi, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, perawatan dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dimana

peserta dan/atau keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

14. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
15. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
16. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
17. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
18. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
19. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
20. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
21. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
22. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
23. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
24. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
25. Satuan Pemeriksaan Internal adalah perangkat RSUD Daha Sejahtera yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur RSUD Daha Sejahtera untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
26. Dewan Pengawas adalah dewan yang mewakili pemilik, yang terdiri dari ketua dan anggota, yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan rumah sakit yang dilakukan oleh direksi dan memberikan nasihat kepada direksi dalam menjalankan kegiatan pengelolaan RSUD Daha Sejahtera.

## BAB II MAKSUD, TUJUAN DAN RUANG LINGKUP

### Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

#### Pasal 2

- (1) Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD Daha Sejahtera dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM RSUD Daha Sejahtera.
- (2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat dengan cara:
  - a. menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD Daha Sejahtera dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan
  - b. memberikan kepastian hukum bagi BLUD RSUD Daha Sejahtera dalam memberikan pelayanan.

### Bagian Kedua Ruang Lingkup

#### Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini meliputi:

- a. jenis pelayanan, indikator, standar, batas waktu pencapaian dan uraian SPM;
- b. pelaksanaan dan penerapan;
- c. pembinaan dan pengawasan; dan
- d. pendanaan.

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

### Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

#### Pasal 4

- (1) RSUD Daha Sejahtera mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis pelayanan RSUD Daha Sejahtera meliputi:
  - a. pelayanan gawat darurat;
  - b. pelayanan rawat jalan;
  - c. pelayanan rawat inap;
  - d. pelayanan kamar operasi;
  - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;

- f. pelayanan radiologi;
- g. pelayanan laboratorium dan bank darah;
- h. pelayanan farmasi;
- i. pelayanan gizi;
- j. pelayanan rekam medik;
- k. pelayanan rehabilitasi medik;
- l. pelayanan dialisis;
- m. pelayanan pengolahan limbah;
- n. pelayanan administrasi manajemen;
- o. pelayanan *ambulance*;
- p. pelayanan *loundry*;
- q. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- r. pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- s. pengendalian infeksi.

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

Pasal 5

Uraian secara rinci Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM, sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini

BAB IV  
PELAKSANAAN DAN PENERAPAN

Bagian Kesatu  
Pelaksanaan

Pasal 6

- (1) RSUD Daha Sejahtera yang menerapkan PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur atau pimpinan RSUD Daha Sejahtera bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua  
Penerapan

Pasal 7

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan dan penunjang pelayanan kesehatan rumah sakit berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen RSUD

Daha Sejahtera menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan berdasarkan SPM.

- (3) Setiap unit pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen RSUD Daha Sejahtera wajib menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan SPM.

## BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

### Bagian kesatu Pembinaan

#### Pasal 8

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

### Bagian Kedua Pengawasan

#### Pasal 9

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah direktur RSUD Daha Sejahtera.

#### Pasal 10

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (1) bersama jajaran manajemen RSUD Daha Sejahtera menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

#### Pasal 11

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Daha Sejahtera selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.

## BAB VI PENGANGGARAN

### Pasal 12

Pendanaan pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Daha Sejahtera yang ditetapkan dalam rencana bisnis RSUD Daha Sejahtera.

## BAB VII KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 13

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 9 November 2023

Pj. BUPATI HULU SUNGAI SELATAN,

ttd.

HERMANSYAH

Diundangkan di Kandangan  
pada tanggal 9 November 2023

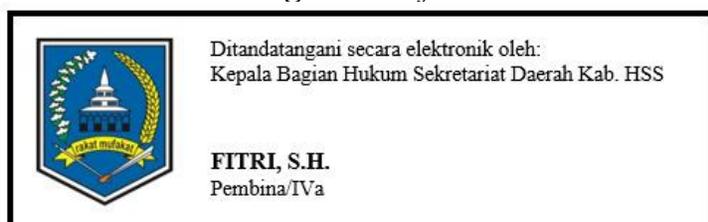
Plh. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN,

ttd.

ZULKIPLI

BERITA DAERAH KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN  
TAHUN 2023 NOMOR 55

Salinan sesuai dengan aslinya



LAMPIRAN I  
 PERATURAN BUPATI HULU SUNGAI SELATAN  
 NOMOR 55 TAHUN 2023  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH  
 SAKIT UMUM DAERAH DAHA SEJAHTERA  
 KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 RSUD DAHA SEJAHTERA

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR PELAYANAN MINIMAL	
1.	PELAYANAN GAWAT DARURAT	a.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		b.	Jam buka pelayanan gawat darurat (kabupaten)	24 jam
		c.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
		d.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	satu tim
		e.	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
		f.	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥70%
		g.	Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat	≤ 0,2% (pindah ke pelayanan RI setelah 8 jam)
		h.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2.	PELAYANAN RAWAT JALAN	a.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
		b.	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	1. Klinik Anak
				2. Klinik Penyakit Dalam
				3. Klinik Kebidanan
c.	Jam buka pelayanan	08.00 – 13.00 WITA setiap hari kerja kecuali jumat 08.00 – 11.00 WITA		

		d.	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		e.	Kepuasan pelanggan di rawat jalan	≥ 90%
3.	PELAYANAN RAWAT INAP	a.	Pemberi pelayanan rawat inap	a. Dr Spesialis
				b. Perawat minimal D3
		b.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
		c.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Anak
				b. Penyakit Dalam
				c. Kebidanan
				d. Bedah
		d.	Jam visite dokter spesialis	08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja
		e.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%
		f.	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%
		g.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
		h.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%
		i.	Kejadian pulang paksa	≤ 5%
j.	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%		
k.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%		
l.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%		
4.	PELAYANAN SENTRAL (BEDAH SAJA)	a.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		b.	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1%
		c.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		d.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		e.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%

		f.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		g.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%
5.	PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	a.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %
				b. Pre-eklampsia ≤ 30 %
				c. Sepsis ≤ 0,2 %
		b.	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG
				b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)
				c. Bidan
		c.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		d.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG
				b. Dokter Sp.Anak
				c. Dokter Sp.Anestesi
		e.	Kemampuan menangani BBLR 1.500 gr - 2.500 gr	100%
		f.	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %
		g.	Keluarga Berencana :	
1. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. SpOG, dr. Sp.B, dr. SP.U, dokter umum terlatih	100 %			
2. Konseling KB Mantap	100%			
h.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%		

6.	PELAYANAN RADIOLOGI	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		b.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	Dokter Sp.Rad
		c.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
		d.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%
7.	PELAYANAN LABORATORIUM DAN BANK DARAH	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤140 menit Kimia darah dan Darah rutin
		b.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp.PK
		c.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		d.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤140 menit Kimia darah dan Darah rutin
		e.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%
8.	PELAYANAN FARMASI	a.	Waktu tunggu pelayanan:	
			1. Obat Jadi	≤ 30 menit
			2. Obat Racikan	≤ 60 menit
		b.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		c.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%
d.	Penulisan resep sesuai formularium	100%		
9.	PELAYANAN GIZI	a.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%
		b.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%
		c.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%
10.	PELAYANAN REKAM MEDIK	a.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		b.	Kelengkapan informed concent setelah	100%

			mendapatkan informasi yang jelas	
		c.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		d.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
11	PELAYANAN REHABILITASI MEDIK	a.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%
		b.	Tidak adanya kejadian kesehalahan Tindakan rehabilitasi medik	100%
		c.	Kepuasan Pelanggan	> 80%
12.	PELAYANAN DIALISIS	a.	Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialisis	100%
		b.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan hemodialisa yang di rencanakan	≥ 50%
		c.	Kepuasan pelanggan	> 80%
13.	PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH	a.	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		b.	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%
14.	PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	a.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi	100%
		b.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		c.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		d.	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%
		e.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60%
		f.	<i>Cost recovery</i>	≥ 40%
		g.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		h.	Kecepatan waktu pemberian informasi	≤ 2 jam

			tentang tagihan pasien rawat inap	
		i.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
13.	PELAYANAN AMBULAN	a.	Waktu pelayanan ambulans/ kereta jenazah	24 jam
		b.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30menit
		c.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah
14.	PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH	a.	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≥ 80%
15.	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT (IPSR)	a.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%
		b.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		c.	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
16.	PELAYANAN LAUNDRY	a.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		b.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
17.	PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	a.	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	75%
		b.	Koordinasi APD (Alat Pelindung Diri)	60%
		c.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	75%

Pj. BUPATI HULU SUNGAI SELATAN,

ttd.

HERMANSYAH

LAMPIRAN II  
 PERATURAN BUPATI HULU SUNGAI SELATAN  
 NOMOR 55 TAHUN 2023  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH  
 SAKIT UMUM DAERAH DAHA SEJAHTERA  
 KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN

URAIAN SPM RSUD DAHA SEJAHTERA

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

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

b. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.

Frekuensi Pengumpulan Data	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
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ACLS/ATLS/BLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ACLS/ATLS/BLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/ACLS/BLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/ACLS/BLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulanangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana

Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu

e. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

f. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

g. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat

Definisi Operasional	Kematian $\leq$ 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 yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq$ 2 ‰
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

h. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

### a. Dokter Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Dokter Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poli klinik spesialis
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan

c. Jam Buka Pelayanan/Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan

d. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses

Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	$\leq 60$ menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

e. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90$ %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu

3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat inap

b. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat inap

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

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

d. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan

Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

e. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$

Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu
----------------------------------	---

f. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan

Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

h. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$ , Indonesia)
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

i. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan

Tujuan	Tergambarnya penilain 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

j. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

k. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

1. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60 %

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
------------------	-----------------------------

4. BEDAH SENTRAL

a. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi 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 satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 2$ hari
Penanggungjawab	Ketua instalasi bedah sentral

b. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	tergambarkannya efektifitas 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 pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 1%
Penanggungjawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

c. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	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 pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

d. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	keselamatan pasien

Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	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 pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

e. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis

Standar	100%
Penanggungjawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

f. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan

Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

h. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	< 6 %
Penanggungjawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

a. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
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.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan 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.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1 % pre-eklampsia < 30 %, sepsis < 0,2 %
Penanggungjawab	Komite Medik

b. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter 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 %
Penanggungjawab	Komite Mutu

c. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggungjawab	Komite Mutu

d. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab	Komite Mutu

e. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggungjawab	Komite Medik/Komite Mutu

f. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi Pengumpulan Data	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	< 100 %
Penanggungjawab	Komite Mutu

g. Keluarga Berencana Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat

	reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Direktur Pelayanan Medik

h. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Direktur Pelayanan Medik

i. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

## 6. RADIOLOGI

### a. Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber Data	rekam medis
Standar	< 3 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Radiologi

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

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

c. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Radiologi

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

7. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survei
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

c. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

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

d. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Terpenuhinya kebutuhan darah untuk pasien yang akan melakukan transfusi
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah
Sumber Data	Rekam Medis Pasien, Instalasi Laboratorium dan Bank Darah

Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Bank Darah

e. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

8. PELAYANAN FARMASI

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survei
Standar	< 30 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survei
Standar	< 60 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

e. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi

Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di 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 sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

## 9. PELAYANAN GIZI

### a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	> 90 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	> 20 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100 %

Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
-----------------	---

10. REKAM MEDIK

a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

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

b. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi Operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar

	penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

c. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

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

Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rekam Medik
-----------------	------------------------------

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

11. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

- a. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan  $\leq 50\%$

Judul	Kejadian Drop Out terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan

Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak meneruskan program rehabilitasi medik yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam hari itu
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik pada hari itu
Sumber Data	Poli Rehabilitasi Medik
Standar	≤ 50%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Petugas Poli Rehabilitasi Medik

b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 100%

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan da/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam satu hari
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik pada hari itu
Sumber Data	Poli Rehabilitasi Medik
Standar	≤ 50%

Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Petugas Poli Rehabilitasi Medik
----------------------------------	---

c. Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Rehabilitasi Medik

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu

12. PELAYANAN DIALISIS

a. Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialisis

Judul	Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialisis
Dimensi Mutu	Kepuasan
Tujuan	tergambarkannya kemampuan unit hemodialisis melayani pasien
Definisi Operasional	Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialisis adalah pasien yang telah direncanakan melakukan tindakan hemodialisis maupun transfer pasien hemodialisis dapat dilayani di unit hemodialisis
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan

Periode Analisis	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang terlayani sesuai adekuasi dialisis dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang tidak terlayani dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang terlayani dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala unit hemodialisis

Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan hemodialisa yang di rencanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan hemodialisa yang di rencanakan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarkannya kemampuan unit hemodialisis melayani dan mengedukasi pasien
Definisi Operasional	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan hemodialisis yang di rencanakan adalah kejadian dimana pasien menghentikan hemodialisis secara langsung dengan berbagai alasan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah kejadian drop out pasien terhadap pelayanan hemodialisis yang di rencanakan dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang terlayani dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	50%
Penanggungjawab	Kepala unit hemodialisis

b. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan hemodialisis
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan hemodialisis
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
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

13. PENGOLAHAN LIMBAH

a. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang 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 Analisis	3 bulan

Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

b. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah pada 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 Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala IPSRS / Kepala K3 RS

#### 14. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

##### a. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

##### b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RS untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit

	dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggungjawab	Direktur

c. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

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

d. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

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

e. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit

Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	> 60 %
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

f. *Cost Recovery*

Judul	<i>Cost recovery</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	> 40 %
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

g. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan

Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

h. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

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

i. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (*Insentif*) Sesuai Kesepakatan Waktu

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

15. AMBULAN/KERETA JENAZAH

a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit 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 sekali
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan

Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggungjawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

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

16. PELAYANAN PEMULSARAN JENAZAH

a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit 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 sekali
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggungjawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

17. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat

Standar	> 80 %
Penanggungjawab	Kepala IPRS

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

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

c. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun

Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

18. PELAYANAN LAUNDRY

a. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan

Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

b. Kecepatan Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Kecepatan penyediaan linen untuk ruang inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan di bagian <i>laundry</i> .

Definisi Operasional	Kecepatan penyediaan linen adalah terpenuhinya kebutuhan linen untuk ruang rawat inap sesuai waktu yang ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu pengambilan linen dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pengambilan linen dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	1 hari
Penanggungjawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

19. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

a. Tim PPI

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

b. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu <i>boots</i> dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survei
Standar	75 %
Penanggungjawab	Tim PPI

c. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data ( <i>ceck list</i> ) pada instalasi yang tersedia di RS, 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	Survei
Standar	75 %
Penanggungjawab	Tim PPI RS

Keterangan :

- ILO : Infeksi Luka Operasi
- ILI : Infeksi Luka Infus
- VAP : Ventilator Associated Pneumonie
- ISK : Infeksi Saluran Kemih

Pj. BUPATI HULU SUNGAI SELATAN,

ttd.

HERMANSYAH