

# **STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WAMENA**



## **KABUPATEN JAYAWIJAYA PROVINSI PAPUA PEGUNUNGAN 2024**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Dalam penyelenggaraan pelayanan yang menyangkut masyarakat umum. Pemberi pelayanan publik selalu dihadapkan dengan norma, aturan, standar, dan ukuran yang harus dipenuhi agar dalam menjalankan pelayanan dapat diberikan secara akuntabel, bisa dipertanggung jawabkan dan berkinerja tinggi.

Disamping pelayanan yang berkualitas, pelayanan publik juga dituntut untuk memberikan pelayanan yang aman (*safety*), sehingga tidak terjadi sesuatu tindakan yang membahayakan maupun mencederai pelanggan, oleh karena itu perlu disusun sistem manajemen untuk mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan, yang meliputi: identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko, penanganan risiko, monitoring yang berkesinambungan, dan komunikasi. Untuk melakukan monitoring yang berkesinambungan diperlukan adanya indikator (tolak ukur) dan target (*threshold*) yang harus dicapai atau dipenuhi.

Upaya untuk meningkatkan kepuasan bahkan kesetiaan pelanggan dan menjamin keamanan pasien dapat dilakukan dengan standardisasi pelayanan. Bagaimana penerapan standar pelayanan tersebut apakah telah dapat menjamin kepuasan pelanggan dan keamanan pasien harus dapat ditunjukkan dengan fakta, oleh karena itu pengukuran (indikator) dan target pencapaian untuk tiap indikator perlu disusun, disepakati, dan ditetapkan sebagai acuan.

Guna menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu/dapat menjamin kepuasan pelanggan dan keamanan pasien harus, maka RSUD Wamena perlu mengembangkan Standar Pelayanan Minimal yang merupakan salah satu syarat administrasi RSUD dengan mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018

tentang dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

RSUD Wamena mengemban tugas atas dua jenis SPM, karena RSUD Wamena sebagai bagian dari Pemerintah Daerah yang harus memenuhi hak-hak konstitusional masyarakat, juga sebagai yang menerapkan. Sebuah Rumah Sakit melaksanakan selain sejumlah JPD (Jenis Pelayanan Dasar) SPM Kesehatan, juga melaksanakan SPM Pelayanan lain, dan SPM Pendukung yang disesuaikan dengan kemampuan Rumah Sakit tersebut. Dalam menyusun SPM Rumah Sakit tersebut, harus mempergunakan bahasa awam dan mudah dimengerti dan dipahami sehingga Rumah Sakit dan masyarakat penerima pelayanan memiliki pemahaman tentang ukuran kinerja yang sama.

SPM Kesehatan dapat diuraikan secara sederhana ke dalam butir-butir sebagai berikut:

1. Merupakan kewajiban bagi semua Pemerintah Daerah;
2. Hak setiap warga Negara untuk memperoleh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang SPM;
3. Sebagai bagian dari Alat ukur kinerja Kepala Daerah;
4. Semua Daerah melaksanakan Jenis Pelayanan Dasar yang sama;
5. Kaitannya dengan Rumah Sakit, adalah bahwa melalui Rumah Sakit, Kepala Daerah menjalankan kewajibannya menyediakan Pelayanan Dasar Kesehatan SPM Kesehatan, masing-masing Rumah Sakit sesuai kemampuan Rumah Sakit melayani Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, sedangkan secara keseluruhan Rumah Sakit di Daerah tersebut melalui Rumah Sakit-Rumah Sakit tersebut harus mampu melayani seluruh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan

- dalam Peraturan Pemerintah dimaksud;
6. Terbatas Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018;
  7. Pelaksanaan SPM Kesehatan dievaluasi secara nasional dan dapat dilakukan perubahan jika dinilai perlu diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah;
  8. Diutamakan untuk pelayanan Preventif promotif, sebagaimana dirumuskan dalam Standar Teknis, yang dibuat oleh Kementerian Teknis mengikuti perintah Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, dalam hal ini yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan;
  9. Dapat berbeda antar Rumah Sakit tergantung kondisi, karakteristik, cakupan layanan masing-masing Rumah Sakit;
  10. Tidak terbatas pada pelayanan kesehatan, dapat melakukan pelayanan lain yang secara jelas dapat disediakan oleh Rumah Sakit, dan dibutuhkan oleh konsumen Rumah Sakit (masyarakat, pasien termasuk keluarganya) sebagai pendukung layanan utamanya;
  11. Termasuk JPD SPM Kesehatan sesuai kemampuan, berakibat akan dilakukan penyesuaian SPM Kesehatan, maka dilakukan penyesuaian SPM Rumah Sakit ;
  12. Dapat dilakukan Perubahan SPM Rumah Sakit ketika dinilai perlu untuk masing-masing Rumah Sakit, terutama ketika Rencana Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit yang tertera dalam Renstra Rumah Sakit telah dapat direalisasikan dan menjadi layanan rutin, maka layanan itu bisa dijadikan SPM Rumah Sakit;
  13. Ditetapkan oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah meliputi pelayanan kesehatan komprehensif sesuai Tugas dan Fungsi (Tusi) Rumah Sakit, bahkan dapat mencakup pelayanan non-kesehatan.

## **B. TUJUAN**

Adapun tujuan disusunnya Standar Pelayanan Minimal adalah sebagai

berikut:

1. Sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat.
2. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
3. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan.
4. Alat Akuntabilitas Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanannya.
5. Mendorong terwujudnya *checks and balance*.
6. Terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Rumah Sakit.
7. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan Rumah Sakit yang bermutu dan terjangkau;
8. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
9. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

### **C. PENGERTIAN**

Rumah Sakit Umum Daerah Wamena merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Rumah Sakit Umum Daerah Wamena menetapkan indikator untuk mencapai SPM yang telah ditetapkan.

Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

#### **D. LANDASAN HUKUM**

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah.
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 7/PER/25/M.PAN/2/2010 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Pelayanan Publik.
13. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/25/M.PAN/2/2012 Tentang Pelayanan Publik.
14. Peraturan Bupati Jayawijaya Nomor 39 Tahun 2023 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Wamena Kelas C Kabupaten Jayawijaya.

#### **E. PERUBAHAN SPM**

SPM yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Wamena akan mengalami perubahan-perubahan yang terjadi dalam

kurun waktu tertentu terhadap kebutuhan pelayanan dasar serta keberhasilan pencapaian SPM, dengan mempertimbangkan kemampuan daerah dan layanan Rumah Sakit yang dikaji secara terus menerus, dalam rangka peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan Rumah Sakit.

#### **F. SISTEMATIKA PENYAJIAN**

Sistematika penyajian Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Wamena adalah sebagai berikut:

Bab I : PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan
- C. Pengertian
- D. Landasan Hukum
- E. Perubahan SPM
- F. Sistematika Penyajian
- G. Cara Menyusun Dokumentasi SPM

Bab II : STANDAR PELAYANAN MINIMAL.

- A. Jenis Pelayanan
- B. Prosedur Pelayanan
- C. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Bab III: RENCANA PENCAPAIAN SPM.

- A. Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM
- B. Strategi Pencapaian SPM

Bab IV: PENUTUP

Lampiran

#### **G. CARA MENYUSUN DOKUMEN SPM RUMAH SAKIT**

1. Rumah Sakit mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang saat ini telah mampu disediakan bagi semua warga yang berada di wilayah kerja Rumah Sakit, atau pengguna Rumah Sakit. Jenis Pelayanan itu mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit, yaitu Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung. Untuk semua jenis pelayanan tersebut agar dituliskan Standar Pelayanan Minimal nya,

yaitu penjelasan bagaimana prosedur/langkah-langkah bagaimana setiap pelaksanaan tersebut dilaksanakan.

2. Memperhatikan Modul Penilaian dan Penetapan (sesuai **SE Menteri Dalam Negeri Nomor 981/1010/SJ dan Nomor 981/1011/SJ**) tertanggal 6 Februari 2019, maka bagian SPM ini agar memperhatikan adanya:

a. Penjelasan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit :

- 1) Fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi ;
- 2) Terukur merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
- 3) Dapat dicapai merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai dengan kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;
- 4) Relevan dan dapat di andalkan merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi ;
- 5) Tepat waktu atau kerangka waktu merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan yang telah ditetapkan.

b. Kelengkapan jenis pelayanan sesuai dengan SPM yang diberlakukan di Rumah Sakit.

c. Keterkaitan yang kuat antara SPM dengan Renstra RSUD Wamena dan Anggaran Tahunan.

d. Pengesahan SPM oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah.

Seluruh unsur di atas dapat dipahami dalam kebijakan Penyelenggaraan Rumah Sakit (sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 serta Permenkes No.3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit). Tim Rumah Sakit yang menyusun dan menyiapkan rancangan Renstra Rumah Sakit perlu memahami kebijakan ini dan mengikuti pedoman tersebut.

3. Rumah Sakit juga mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang akan dikembangkan untuk dapat disediakan bagi semua warga di wilayah kerja Rumah Sakit di masa mendatang. Jenis pelayanan ini yang akan dimasukkan ke dalam Renstra Rumah Sakit sebagai Rencana Pengembangan dalam kurun waktu empat tahun mendatang.
4. Rumah Sakit memilih Jenis Pelayanan angka 1, yang dapat dipastikan pelaksanaannya dengan kualitas terbaik, untuk ditetapkan sebagai SPM Rumah Sakit. Pemilihan ini dilaksanakan dengan pendampingan oleh Dinas Kesehatan setempat.
5. Rumah Sakit menyusun Rancangan Peraturan Kepala Daerah (Perkada), dan mengusulkannya untuk diterbitkannya Perkada tentang SPM Rumah Sakit. Proses ini dilaksanakan dengan pendampingan oleh Dinas Kesehatan setempat.
6. Satu Perkada untuk satu Rumah Sakit, atau Satu Perkada untuk semua atau beberapa Rumah Sakit. Dalam Perkada tersebut diuraikan dengan jelas SPM masing-masing Rumah Sakit.
7. Kepala Daerah melakukan kajian yang diperlukan dalam menerbitkan Peraturan Kepala Daerah (Perkada) SPM Rumah Sakit

## **BAB II**

### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

#### **A. JENIS PELAYANAN**

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Jayawijaya Nomor 08 Tahun 2023, tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah maka ditetapkan jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan, diantaranya:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah (Kamar Operasi)
5. Pelayanan Perawatan Intensif
6. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
7. Pelayanan Rehabilitasi Medik
8. Pelayanan Rekam Medik
9. Pelayanan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
10. Pelayanan Ambulance
11. Pelayanan Kereta Jenazah
12. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
13. Pelayanan Radiologi
14. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
15. Pelayanan Farmasi
16. Pelayanan Gizi
17. Pelayanan Transfusi Darah
18. Pelayanan Pengelolaan Limbah
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
20. Pelayanan Laundry
21. Pelayanan Sentral Sterilisasi (CSSD)
22. Pelayanan Pengaduan
23. Pelayanan SIMRS
24. Pelayanan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

25. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
26. Pelayanan Pengawasan Farmasi dan Terapi Farmasi
27. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

## **B. PROSEDUR PELAYANAN**

Prosedur pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Wamena disusun dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dituangkan dalam dokumen Tata kelola yang ditetapkan oleh Bupati Jayawijaya.

SOP merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas. Tujuan penyusunan Standar Operasional Prosedur di Rumah Sakit adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

Manfaat SOP bagi Rumah Sakit adalah memenuhi persyaratan standar pelayanan Rumah Sakit, mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan dan memastikan staf Rumah Sakit memahami bagaimana melakukan pekerjaannya.

Alur pelayanan di Rumah Sakit disusun untuk memberikan kejelasan dan kemudahan bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit. Terdapat beberapa alur pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit.

## **C. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Wamena mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit,

Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah, juga peraturan lain sesuai kepentingan Rumah Sakit, sebagai berikut :

Tabel 1. Indikator Standar Pelayanan Minimal RSUD Wamena

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1.1	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100 %
		1.2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam	100%
		1.3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %
		1.4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		1.5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat ≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	100 %
		1.6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %
		1.7	Kematian pasien < 24 jam	≤ dua per seribu
		1.8	Pasien terlayani kegawatdaruratannya dan dipindahkan ke pelayanan rawat inap atau pelayanan intensif kurang dari 8 jam	100%
		1.9	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %
		1.10	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %
		1.11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %
2.	Pelayanan Rawat jalan	2.1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis adalah	100%

			dokter spesialis	
		2.2	Ketersediaan Pelayanan (klinik minimal tersedia):	100%
			a. Klinik Anak	
			b. Klinik Penyakit Dalam	
			c. Klinik Kebidanan	
			d. Klinik Bedah	
		2.3	Jam buka pelayanan 08.00 s/d 13.00 hari Senin sampai Sabtu	100%
		2.4	Waktu tunggu di rawat jalan $\leq$ 60 menit	100%
		2.5	Kepuasan Pelanggan	$\geq$ 90 %
		2.6	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %
		2.7	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %
3.	Pelayanan Rawat Inap	3.1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap adalah dokter spesialis dan profesional pemberi asuhan lainnya minimal pendidikan D3	100%
		3.2	Dokter Penanggung Jawab Pasien adalah dokter spesialis	100%
		3.3	Pelayanan rawat inap minimal tersedia untuk pelayanan : a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	100%
		3.4	Jam Visite Dokter Spesialis jam 07.00 - 14.00 setiap hari kerja	100%
		3.5	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq$ 1,5 %
		3.6	Kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq$ 1,5 %
		3.7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100 %

			yang berakibat kecacatan / kematian	
		3.8	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0.24 \%$
		3.9	Kejadian pulang paksa	$\leq 5 \%$
		3.10	Kepuasan pelanggan	$\geq 90 \%$
		3.11	Pasien rawat inap tuberculosis yang	100 %
			ditangani dengan strategi DOTS	
		3.12	Kepatuhan terhadap alur klinis	$\geq 80 \%$
		3.13	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %
		3.14	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %
4.	Pelayanan Bedah (Kamar Operasi)	4.1	Waktu tunggu operasi elektif maksimal 2 hari	100%
		4.2	Kejadian Kematian di meja operasi	$\leq 1 \%$
		4.3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
		4.4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
		4.5	Tidak adanya kejadian operasi salah tindakan	100 %
		4.6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		4.7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	$\leq 6 \%$
		4.8	Penundaan operasi elektif lebih dari 1 jam dari jadwal	$\leq 5 \%$
		4.9	Dilaksanakannya Surgical Safety Checklist	100 %
5.	Pelayanan Perawatan	5.1	Pasien yang kembali	$\leq 3 \%$

	Intensif		ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	
		5.2	Dokter pemberi pelayanan ruang Intensif adalah dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	100%
		5.3	Perawat pemberi asuhan di ruang intensif adalah perawat dengan minimal D3 dan bersertifikat perawat mahir ICU atau setara D4	100%
		5.4	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %
		5.5	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %
6.	Pelayanan persalinan dan perinatologi	6.1	Kejadian kematian ibu karena persalinan dengan kasus perdarahan	≤ 1 %
		6.2	Kejadian kematian ibu karena persalinan dengan kasus preeklampsia/eklampsia	≤ 30 %
		6.3	Kejadian kematian ibu karena persalinan dengan kasus sepsis	≤ 0,2 %
		6.4	Kejadian kematian ibu karena persalinan dengan partus lama	< 1 %
		6.5	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter SpOG, dokter umum, dan bidan	100%
		6.6	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terlatih	100%

		6.7	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter SpOG, dokter SpA, dan dokter SpAn	100%
		6.8	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%
		6.9	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %
		6.10	Tindakan KB vasektomi dan tubektomi dilakukan oleh tenaga kompeten (SpB, SpU, SpOG)	100%
		6.11	Peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap minimal dari bidan terlatih	100%
		6.12	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
		6.13	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit	≥ 80 %
		6.14	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %
		6.15	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %
7.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	7.1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %
		7.2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %
		7.3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
8.	Pelayanan Rekam Medik	8.1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %
		8.2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapat	100%

			informasi yang jelas	
		8.3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit	100 %
		8.4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 30 menit	100 %
9.	Pelayanan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat	9.1	Terlaksananya kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat di poliklinik rawat jalan tiap minggu	100%
		9.2	Terlaksananya kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat di semua ruangan perawatan tiap minggu	100%
10.	Pelayanan Ambulance	10.1	Pelayanan ambulance tersedia 24 jam	100%
		10.2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit ≤ 60 menit	100%
		10.3	Response time pelayanan ambulance rumah sakit oleh masyarakat yang membutuhkan ≤ 120 menit	100%
11.	Pelayanan Kereta Jenazah	11.1	Pelayanan kereta jenazah tersedia 24 jam	100%
		11.2	Kecepatan memberikan pelayanan kereta jenazah di rumah sakit ≤60 menit	100%
12.	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	12.1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	100%
13.	Pelayanan Radiologi	13.1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	100%

			≤ 3 jam	
		13.2	Pelaksana ekspertisi oleh dokter Sp.Rad	100%
		13.3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen berupa kerusakan foto	≤ 2 %
		13.4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
14.	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	14.1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium ≤ 140 menit untuk kimia darah dan darah rutin	100%
		14.2	Pelaksana ekspertisi oleh dokter SpPK	100%
		14.3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100 %
		14.4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		14.5	Pelaporan hasil kritis laboratorium kurang dari 30 menit	100%
15.	Pelayanan Farmasi	15.1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	100%
		15.2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	100%
		15.3	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		15.4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		15.5	Penulisan resep sesuai formularium RS	100%
		15.6	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	≥ 80 %
16.	Pelayanan Gizi	16.1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %
		16.2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %

		16.3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
17.	Pelayanan Transfusi Darah	17.1	Terpenuhinya kebutuhan darah bagi setiap permintaan transfusi	100%
		17.2	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %
18.	Pelayanan Pengelolaan Limbah	18.1	Baku mutu limbah cair : BOD	BOD < 30 mg/l
		18.2	Baku mutu limbah cair : COD	COD < 80 mg/l
		18.3	Baku mutu limbah cair : TSS	TSS < 30 mg/l
		18.4	Baku mutu limbah cair : pH	pH 6-9
		18.5	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	19.1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 30 menit	≥ 80 %
		19.2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
		19.3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan	100%
20.	Pelayanan Laundry	20.1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
		20.2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
21.	Pelayanan Sentral Sterilisasi (CSSD)	21.1	Tidak ada penundaan pelayanan karena ketidaktersediaan peralatan steril	100%
		21.2	Tidak ada kejadian peralatan yang hilang saat dalam proses sterilisasi	100%

22.	Pelayanan pengaduan	22.1	Kecepatan waktu tanggap komplain sesuai grading	≥ 80 %
23.	Pelayanan SIMRS	23.1	Kecepatan waktu tanggap komplain gangguan SIMRS kurang dari 30 menit	100%
24.	Pelayanan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	24.1	Instalasi / ruangan yang melakukan kegiatan pencatatan indikator mutu / standar pelayanan minimal dan melaporkannya sesuai ketentuan	100%
		24.2	Instalasi / ruangan terkait pelayanan ke pasien yang melaporkan insiden keselamatan pasien (termasuk bila tidak ada insiden) sesuai ketentuan	100%
		24.3	Instalasi / ruangan yang melakukan kegiatan manajemen risiko dan membuat daftar risiko instalasi / ruangan sesuai ketentuan	100%
		24.4	Tersedianya laporan mutu tiap 3 bulan yang meliputi pelaporan indikator mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien, dan pelaporan manajemen risiko	100%
		24.5	Terlaksananya laporan indikator mutu nasional RS ke kementerian kesehatan tiap bulan	100%
		24.6	Terlaksananya laporan insiden keselamatan pasien RS sesuai ketentuan ke Komite Nasional Keselamatan	100%

			Pasien tiap bulan	
25.	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	25.1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	≥ 75 %
		25.2	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85 %
		25.3	Kepatuhan penggunaan APD	100%
		25.4	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60 %
		25.5	Ruangan yang melakukan kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%
		25.6	Tersedianya laporan PPI tiap bulan sesuai ketentuan yang berlaku	100%
26.	Pelayanan Pengawasan Farmasi dan Terapi Farmasi	26.1	Tersedianya formularium RS yang dikaji tiap tahun	100%
		26.2	Tersedianya pelaporan efek samping obat yang terjadi dalam pelayanan di RS tiap bulan	100%
		26.3	Tersedianya pelaporan monitoring dan evaluasi farmasi dan terapi setiap 3 bulan sesuai ketentuan	100%
27.	Pelayanan Administrasi dan manajemen	27.1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %
		27.2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
		27.3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
		27.4	Ketepatan Waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %

		27.5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		27.6	Cost recovery	≥ 40 %
		27.7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		27.8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤2 jam	100%
		27.9	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%

Profil Indikator Standar Pelayanan Minimal RSUD Wamena mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah, dan juga penambahan terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Berdasarkan hal-hal tersebut di atas dan penyesuaian yang dilakukan RSUD Wamena maka terdapat 135 profil indikator standar pelayanan minimal RSUD Wamena sebagai berikut :

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1.1.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)

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	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	

1.2.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

1.3.

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	

1.4.

Judul	
Dimensi Mutu	
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	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	

1.5.

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 (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah pasien yang dilayani dokter kurang dari 5 menit setelah pasien datang
Denominator	
Sumber Data	
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	

1.6.

Judul	
Dimensi Mutu	
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 (di minggu ke empat)
Periode Analisa	
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

1.7.

Judul	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Denominator	
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2$ perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	

1.8.	Judul	Pasien terlayani kegawatdaruratannya dan dipindahkan ke pelayanan rawat inap atau pelayanan intensif kurang dari 8 jam
	Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
	Tujuan	
	Definisi Operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	
	Periode Analisa	
	Numerator	Jumlah pasien yang dipindahkan ke pelayanan rawat inap atau pelayanan perawatan intensif kurang dari 8 jam setelah terlayani kegawatdaruratannya
	Denominator	
	Sumber Data	
	Standar	
	Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

1.9.	Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
	Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
	Tujuan	
	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 (di minggu ke empat)
Periode Analisa	
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

1.10.	Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien
	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
	Tujuan	
	Definisi Operasional	<p>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</p> <p>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</p> <p>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <p>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</p> <p>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</p> <p>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lainlain.</p> <p>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator),</p>

	pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi pada seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Sumber Data	Formulir observasi kepatuhan identifikasi pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

1.11

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiap bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga

	upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator	
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 2.1.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk Rumah Sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

### 2.2.

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di Rumah Sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari Rumah Sakit dengan minimal tersedia klinik anak, klinik penyakit dalam,

	klินิก kebidanan, dan klินิก bedah
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	

2.3.	Judul	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
	Dimensi Mutu	Akses
	Tujuan	
	Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari Senin sampai Sabtu (hari kerja)
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah hari dimana pelayanan rawat jalan spesialistik buka sesuai jam buka dalam satu bulan (di luar hari libur)
	Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan (di luar hari libur)
	Sumber Data	
	Standar	
	Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

2.4.	Judul	
	Dimensi Mutu	
	Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat

	diakses oleh pasien
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	

2.5.

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	
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 (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

2.6.

Judul	
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS

Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosi dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosi harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosi, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosi yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosi nasional, dan semua pasien yang tuberculosi yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	
Sumber Data	
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Ketua Tim TB, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

2.7.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara</li> </ol>

	<p>visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</p> <p>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <p>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</p> <p>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</p> <p>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lainlain.</p> <p>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</p> <p>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi pada seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiap bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Sumber Data	Formulir observasi kepatuhan identifikasi pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	

### 3 PELAYANAN RAWAT INAP

#### 3.1

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten

Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat dan bidan minimal D3 dan memiliki STR
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bagian Tata Usaha, Komite Mutu

3.2.	Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
	Dimensi Mutu	
	Tujuan	
	Definisi Operasional	Penanggung jawab pasien rawat inap adalah dokter spesialis yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
	Frekuensi Pengumpulan Data	
	Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
	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	
	Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

3.3.	Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
------	-------	-----------------------------------

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
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
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

3.4.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
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	
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Medik, Komite Mutu

3.5.

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Setiap bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite PPI, Komite Mutu

3.6.

Judul	
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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	≤ 1,5 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite PPI, Komite Mutu
-----------------------------------	---

3.7.	Judul	
	Dimensi Mutu	
	Tujuan	
	Definisi Operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	
	Periode Analisa	
	Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
	Denominator	
	Sumber Data	
	Standar	
	Penanggung jawab Pengumpulan data	

3.8.	Judul	
	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
	Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
	Definisi Operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (minggu ke empat)
	Periode Analisa	
	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	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

3.9.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

3.10.

Judul	
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu
-----------------------------------	---

3.11.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Ketua Tim TB, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

3.12.

Judul	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
Dimensi Mutu	
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.

Definisi Operasional	1. Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiap bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Medik, Komite Mutu

3.13.

Judul	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Dimensi Mutu	
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
Definisi Operasional	1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: a. Asesment awal risiko jatuh b. Assesment ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh 2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien

	rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

3.14.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi,</li> </ol> </li> </ol>

	kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lainlain. d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi pada seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	Formulir observasi kepatuhan identifikasi pasien
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	

#### 4. PELAYANAN BEDAH (KAMAR OPERASI)

4.1.	Judul	Waktu tunggu operasi elektif
	Dimensi Mutu	
	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	tiap bulan (diminggu ke empat)
	Periode Analisa	
	Numerator	Jumlah pasien yang waktu tunggu operasi elektifnya $\leq 2$ hari dalam satu bulan
	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan

Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	

4.2.	Judul	
	Dimensi Mutu	
	Tujuan	
	Definisi Operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
	Periode Analisa	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
	Standar	≤ 1 %
	Penanggung jawab	

4.3.	Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
	Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
	Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event

Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab	

4.4.	Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
	Tujuan	
	Definisi Operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
	Periode Analisa	
	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	
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi OK, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

4.5.	Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
	Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan

Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	

4.6.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	Tergambarnya ketelitian tindakan operasi di mana tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing yang tidak direncanakan, seperti kapas, kassa, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien

Standar	100%
Penanggung jawab	

4.7.	Judul	
	Dimensi Mutu	
	Tujuan	
	Definisi Operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
	Periode Analisa	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber Data	
	Standar	
	Penanggung jawab	

4.8.	Judul	Penundaan operasi elektif lebih dari 1 jam dari jadwal
	Dimensi Mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pasien
	Tujuan	
	Definisi Operasional	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (ditinggu ke empat)
	Periode Analisa	Tiap bulan (minggu pertama di bulan

	selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien operasi elektif yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab	

4.9.	Judul	
	Dimensi Mutu	
	Tujuan	Tergambarnya upaya menjamin keselamatan pasien dalam tindakan operasi
	Definisi Operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	
	Periode Analisa	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber Data	Rekam medis (form Surgical Safety Checklist)
	Standar	
	Penanggung jawab	

## 5 PELAYANAN PERAWATAN INTENSIF

5.1.	Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
	Dimensi mutu	Efektifitas

Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi ICU, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

5.2.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	Kepala Instalasi ICU, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bagian Tata Usaha, Komite Mutu

5.3.	Judul	Perawat pemberi asuhan di ruang intensif adalah perawat dengan minimal D3 dan bersertifikat perawat mahir ICU atau setara D4
	Dimensi mutu	Kompetensi teknis
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah seluruh tenaga perawat yang melayani perawatan intensif
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	

5.4.	Judul	
		Keselamatan
	Tujuan	
	Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Asesment awal risiko jatuh</li> <li>b. Assesment ulang risiko jatuh</li> <li>c. Intervensi pencegahan risiko jatuh</li> </ol> </li> <li>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</li> </ol>
	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat)
	Periode Analisa	Tiap bulan (minggu pertama di bulan

	selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	

5.5.

Judul	
Dimensi Mutu	
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lainlain.</li> <li>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ol> </li> </ol>

	5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi pada seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	Formulir observasi kepatuhan identifikasi pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

## 6 PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

6.1	Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan dengan kasus perdarahan
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.
	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
	Standar	Pendarahan < 1%
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

6.2.	Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan dengan kasus preeklampsia /eklampsia
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	
	Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pre eklamsia / eklampsia.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 dan diastolik &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p>
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pre-eklampsia/eklampsia.
	Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
	Standar	
	Penanggung jawab	

6.3.	Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan dengan kasus sepsis
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan.
	Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena sepsis.
		Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

6.4.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena partus lama. Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam dengan persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, ditandai dengan dilatasi serviks dikanan garis waspada pada persalinan fase aktif.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena partus lama
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan partus lama.
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	
Penanggung jawab	

6.5.

Judul	
Dimensi mutu	
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	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

6.6.

Judul	
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	

6.7.

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	

6.8.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

6.9.	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	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

6.10.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap oleh tenaga yang kompeten (tubektomi oleh SpOG, vasektomi oleh SpB, SpU)
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab pengumpulan data	Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Tim PKBRS, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

6.11.	Judul	Peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap minimal dari bidan terlatih
	Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	Jumlah calon peserta KB mantap
	Sumber data	Laporan unit layanan KB
	Standar	100%
	Penanggung jawab pengumpulan data	

6.12.	Judul	Kepuasan Pelanggan
	Dimensi mutu	Kenyamanan
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
	Denominator	
	Sumber data	Survei
	Standar	> 80%
	Penanggung jawab	

6.13	Judul	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi $\leq 30$ menit
	Dimensi mutu	Tepat waktu, efektifitas, keselamatan

Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	Rekam medis
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Instalasi OK, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

6.14. 

Judul	Kepatuhan upaya pencegahan risiko
-------	-----------------------------------

	pasien jatuh
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	
Definisi Operasional	<p>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Asesment awal risiko jatuh</li> <li>Assesment ulang risiko jatuh</li> <li>Intervensi pencegahan risiko jatuh</li> </ol> <p>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Sumber Data	Rekam medis
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

6.15

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	
Definisi Operasional	<p>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai</p>

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiap bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Sumber Data	Formulir observasi kepatuhan identifikasi pasien
Standar	
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

## 7 PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

7.1.	Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi
------	-------	--

	yang direncanakan.
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan (di minggu ke empat bulan ke 3)
Periode analisis	Tiap 6 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	
Penanggung jawab	

7.2.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode analisis	
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

7.3.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
		Survei
	Standar	
	Penanggung jawab	

## 8 PELAYANAN REKAM MEDIK

8.1.	Judul	
	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 (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

8.2.	Judul	
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	

8.3.	Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	Jumlah sample penyediaan rekam medis yang diamati dengan waktu penyediaan dokumen < 10 menit
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100) dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	
Penanggung jawab	

8.4.

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 30 menit
Dimensi mutu	
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 < 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati

Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung jawab	

## 9 PELAYANAN PENYULUHAN KESEHATAN MASYARAKAT

9.1.	Judul	
	Dimensi mutu	Fokus pada pasien
	Tujuan	Tergambarnya fungsi RS untuk memberikan pemahaman tentang kesehatan kepada masyarakat
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Laporan kegiatan penyuluhan poliklinik rawat jalan
	Standar	100%
	Penanggung jawab	

9.2.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya fungsi RS untuk memberikan pemahaman tentang kesehatan kepada masyarakat

Definisi operasional	Penyuluhan kesehatan masyarakat di semua ruang perawatan adalah proses memberikan informasi tentang kesehatan kepada masyarakat yang sedang berada di ruang perawatan (bangsal bedah, bangsal penyakit dalam, ruang anak, dan ruang perawatan obsgin)
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	Jumlah minggu di mana dilakukan kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat di semua ruang perawatan minimal 1 hari
Denominator	
Sumber data	Laporan kegiatan penyuluhan ruang perawatan
Standar	
Penanggung jawab	

## 10 PELAYANAN AMBULANCE

10.1.	Judul	
	Dimensi mutu	Akses
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	Total hari di mana pelayanan ambulance tersedia dan dapat diakses oleh pasien yang membutuhkan
	Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
	Sumber data	Instalasi gawat darurat
	Standar	100%

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu
------------------	--

10.2.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance, maksimal 60 menit
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah penyediaan ambulance $\leq$ 60 menit dalam 1 bulan
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	

10.3.	Judul	
	Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah pelayanan ambulance ke masyarakat yang membutuhkan yang

	tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

## 11 PELAYANAN KERETA JENAZAH

11.1.	Judul	Pelayanan kereta jenazah tersedia 24 jam
	Dimensi mutu	Akses
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Total hari di mana pelayanan kereta jenazah tersedia dan dapat diakses oleh pasien yang membutuhkan
	Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
	Sumber data	Instalasi gawat darurat
	Standar	100%
	Penanggung jawab	

11.2.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan kereta jenazah
	Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga

	pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya kereta jenazah. Maksimal 60 menit
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

## 12 PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

12.1.	Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq 2$ jam
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Hasil pengamatan dan laporan pemulasaraan jenazah
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

## 13 PELAYANAN RADIOLOGI

13.1.	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax
-------	-------	-------------------------------------

	foto < 3 jam
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	Jumlah pelayanan thorax foto dengan waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto < 3 jam dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pelayanan thorax foto dalam bulan tersebut.
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

13.2.

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi oleh dokter Sp.Rad
Dimensi mutu	
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	
Periode analisis	
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%
Penanggung jawab	

13.3.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	
	Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
	Denominator	
	Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
	Standar	< 2 %
	Penanggung jawab	

13.4.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
	Sumber data	Survei
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

## 14 PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

14.1.	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium $\leq$ 140 menit
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	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 (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam 1 bulan.
	Sumber data	Survey
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

14.2.	Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium oleh dokter SpPK
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	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	
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

14.3.	Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Rekam medis
	Standar	100%
	Penanggung jawab	

14.4.	Judul	Kepuasan pelanggan
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

14.5.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi yang dilaporkan $\leq$ 30 menit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi dalam 1 bulan
Sumber data	Survei

Standar	100%
Penanggung jawab	

## 15 PELAYANAN FARMASI

15.1.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah pasien resep obat jadi yang disurvei dalam bulan tersebut.
	Sumber data	Survey
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi, Kepala Bidang Penunjang, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Mutu

15.2.	Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq$ 60 menit
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan, dengan waktu standar $\leq$ 60 menit
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah pasien dengan waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq 60$ menit per resep yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

15.3.	Judul	
	Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
	Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
	Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
	Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
	Sumber data	Survey
	Standar	100%
	Penanggung jawab	

15.4.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan

	selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

15.5.

Judul	
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 (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi, Kepala Bidang Penunjang, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Mutu

15.6.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

	2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

## 16 PELAYANAN GIZI

16.1.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
	Denominator	
	Sumber data	Survey
	Standar	>90%

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu
------------------	--

16.2.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	

16.3.	Judul	
	Dimensi mutu	Keamanan, efisien
	Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
	Sumber data	Survey

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Kebidanan dan Kandungan, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

## 17 PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

17.1.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Survey
	Standar	100%
	Penanggung jawab	

17.2.	Judul	Kejadian reaksi transfusi
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	
	Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

## 18 PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH

18.1.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	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
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	BOD < 30 mg/liter
	Penanggung jawab	

18.2.	Judul	
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan

	selanjutnya)
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair COD Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu < 80 mg/liter
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

18.3.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	Tidak ada
	Sumber data	Hasil pemeriksaan
	Standar	TSS < 30 mg / liter
	Penanggung jawab	

18.4.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan

	selanjutnya)
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair pH Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu : 6-9
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

18.5.	Judul	
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit
	Definisi operasional	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 : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	100%
	Penanggung jawab	

## 19 PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

19.1.	Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat < 30 menit
-------	-------	--

Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

19.2.

Judul	
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%

Penanggung jawab	Kepala IPSRS, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu
------------------	--

19.3.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
	Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
	Denominator	
	Sumber data	Buku register
	Standar	100%
	Penanggung jawab	

## 20 PELAYANAN LAUNDRY

20.1.	Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
	Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
	Tujuan	
	Definisi operasional	Tidak ada
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
	Sumber data	
	Standar	100%
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

20.2.	Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
	Sumber data	Survey
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

## 21 PELAYANAN SENTRAL STERILISASI (CSSD)

21.1.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan sentral sterilisasi (CSSD)
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
	Sumber data	Rekam medik, Laporan CSSD
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sentral Sterilisasi (CSSD), Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

21.2.	Judul	Tidak ada kejadian peralatan yang hilang saat dalam proses sterilisasi
	Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Jumlah set peralatan yang dilakukan proses sterilisasi
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu

## 22 PELAYANAN PENGADUAN

22.1.	Judul	Kecepatan waktu tanggap komplain sesuai grading
	Dimensi mutu	Berorientasi pada pasien
	Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien
	Definisi operasional	1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain: a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria:

	<p>cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.</p> <p>c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	Jumlah komplain yang masuk
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	Kepala Unit Pengaduan, Kepala Bagian Tata Usaha, Komite Mutu

## 23 PELAYANAN SIMRS

23.1.	Judul	
	Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
	Tujuan	
	Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi gangguan SIMRS adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan gangguan SIMRS diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap gangguan yang terjadi untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam

	waktu 30 menit sudah harus ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

## 24 PELAYANAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

24.1.	Judul	Instalasi / ruangan yang melakukan kegiatan pencatatan indikator mutu / standar pelayanan minimal dan melaporkannya sesuai ketentuan
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya pengukuran mutu yang pada akhirnya menggambarkan mutu RS
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	Tiap 1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah instalasi / ruangan yang mengumpulkan laporan indikator mutu / pelaksanaan standar pelayanan minimal ke Komite Mutu RS sesuai aturan yang ada
	Denominator	Jumlah seluruh instalasi / ruangan yang harus mengumpulkan laporan indikator mutu / pelaksanaan standar pelayanan minimal ke Komite Mutu RS sesuai aturan yang ada
	Sumber data	Laporan Komite Mutu
	Standar	100%

Penanggung jawab	Komite Mutu
------------------	-------------

24.2.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Laporan Komite Mutu
	Standar	100%
	Penanggung jawab	Komite Mutu

24.3.	Judul	
	Dimensi mutu	Mutu, keselamatan pasien
	Tujuan	Tergambarnya penilaian manajemen risiko yang pada akhirnya menggambarkan mutu RS
	Definisi operasional	Kegiatan manajemen risiko adalah kegiatan penilaian manajemen risiko dan membuat daftar risiko instalasi / ruangan serta dilaporkan ke Komite

	Mutu RS sesuai aturan yang ada
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	Tiap 1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber data	Laporan Komite Mutu
Standar	
Penanggung jawab	

24.4.	Judul	
		Mutu, keselamatan pasien
	Tujuan	
	Definisi operasional	Laporan mutu adalah laporan kegiatan Komite Mutu yang minimal meliputi pelaporan indikator mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien, dan pelaporan manajemen risiko
	Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	100%
	Penanggung jawab	Komite Mutu

24.5.	Judul	Terlaksananya laporan indikator mutu nasional RS ke kementerian kesehatan tiap bulan
	Dimensi mutu	Mutu
	Tujuan	Tergambarnya mutu RS

Definisi operasional	Laporan indikator mutu nasional adalah laporan indikator mutu yang ditetapkan oleh Kemenkes RI dan wajib dilaporkan setiap bulan melalui website mutufasyankes
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite Mutu

24.6.	Judul	Terlaksananya laporan insiden keselamatan pasien RS sesuai ketentuan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien tiap bulan
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya upaya keselamatan pasien RS
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	Tiap 1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Website mutufasyankes kemenkes
	Standar	100%
	Penanggung jawab	Komite Mutu

## 25 PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

25.1.	Judul	Tersedianya anggota Komite PPI yang
-------	-------	-------------------------------------

	terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	Jumlah anggota komite PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI, Kepala Bidang Pelayanan, Komite Mutu

25.2.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	<p>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</p> <p>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</p> <p>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</p>

	<p>4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</li> <li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li> <li>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.</li> <li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li> <li>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</li> </ol> <p>5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan</p>
--	--

	<p>kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan</p>
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Sumber data	Survey
Standar	
Penanggung jawab	

25.3.

Judul	
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	<p>1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD</p> <p>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</p>

Definisi operasional	<p>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</p> <p>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Periode analisis	Tiap 1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab	Komite PPI, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang, Komite Mutu
------------------	---

25.4.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	

25.5.	Judul	Ruangan yang melakukan kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
	Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	Tiap 1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah ruangan / instalasi terkait infeksi nosokomial / HAI yang melakukan pencatatan dan pelaporan

Denominator	Jumlah ruangan / instalasi terkait infeksi nosokomial / HAI yang tersedia
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

25.6.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
	Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	Tidak ada
		Laporan Komite PPI
	Standar	
	Penanggung jawab	

## 26 PELAYANAN PENGAWASAN FARMASI DAN TERAPI FARMASI

26.1.	Judul	Tersedianya formularium RS yang dikaji tiap tahun
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 tahun
	Periode analisis	Tiap 1 tahun
	Numerator	Tersedianya formularium RS yang dikaji tiap tahun
	Denominator	Tidak ada
	Sumber data	Formularium RS

Standar	100%
Penanggung jawab	

26.2.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	
	Numerator	Tersedianya pelaporan efek samping obat yang terjadi dalam pelayanan di RS tiap bulan
	Denominator	
	Sumber data	
	Standar	
	Penanggung jawab	

26.3.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	
	Definisi operasional	Laporan monitoring dan evaluasi farmasi dan terapi adalah pelaporan tentang monitoring dan evaluasi terkait obat-obatan mulai dari penyediaan, distribusi, pemakaian, termasuk efek samping yang terjadi, laporan ini merupakan laporan kerja Komite Farmasi dan Terapi RS
	Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)

Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

## 27 PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

27.1.	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 (di minggu ke empat)
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Notulen rapat
	Standar	
	Penanggung jawab	

27.2.	Judul	
	Dimensi mutu	
	Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.

Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis Rumah Sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha, Komite Mutu

27.3.

Judul	
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan (di minggu ke empat) sesuai waktu pengusulan kenaikan pangkat
Periode analisis	6 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat.

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	
Penanggung jawab	

27.4.	Judul	
	Dimensi mutu	
	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	6 bulan (di minggu ke empat)
	Periode analisis	
	Numerator	
	Denominator	
	Sumber data	Sub bagian kepegawaian
	Standar	
	Penanggung jawab	

27.5.	Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
	Dimensi mutu	
	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	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

27.6.	Judul	Cost recovery
	Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
	Tujuan	
	Definisi operasional	
	Frekuensi pengumpulan data	
	Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
	Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
	Sumber data	Sub bagian keuangan
	Standar	>40%
	Penanggung jawab	

27.7.	Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
	Dimensi mutu	Efektivitas
	Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
	Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

27.8.	Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
	Dimensi mutu	
	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	
	Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
	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	
	Standar	
	Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Keuangan, Kepala Bagian Tata Usaha, Komite Mutu
27.9.	Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
	Dimensi mutu	Efektivitas,

Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Keuangan, Kepala Bagian Tata Usaha, Komite Mutu