WALIKOTA KOTAMOBAGU
PROVINSI SULAWESI UTARA

PERATURAN WALIKOTA KOTAMOBAGU

NOMOR 42 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA KOTAMOBAGU,

Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kota, hal ini berarti bahwa Pemerintah Kota bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;

b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

c. bahwa Rumah Sakit Daerah yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah harus memahami persyaratan administratif dengan membuat Standar Pelayanan Minimal yang harus ditetapkan oleh Kepala Daerah;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf a, huruf b dan huruf c, maka perlu menetapkan Peraturan Walikota Kotamobagu tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kotamobagu;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara Yang Bersih Dan Bebas Dari Korupsi, Kolusi Dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);

2. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
3. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kota Kotamobagu di Provinsi Sulawesi Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4680);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesi Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) ;
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/ /III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
16. Keputusan Gubernur Sulawesi Utara Nomor 347 Tahun 2014 tentang Penetapan Sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional IV Sulawesi Utara;
17. Peraturan Daerah Kota Kotamobagu Nomor 4 Tahun 2011 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Kotamobagu Nomor 4 Tahun 2011 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan;
18. Peraturan Walikota Kotamobagu Nomor 4 Tahun 2018 Tahun 2018 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kotamobagu;

19. Keputusan Walikota Kotamobagu Nomor 103 Tahun 2017 tentang Sertifikat Izin Operasional dan Penetapan Kelas Rumah Sakit Ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas C;

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN : PERATURAN WALIKOTA KOTAMOBAGU TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Kotamobagu.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Walikota Kotamobagu dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
4. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kotamobagu kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, pengembangan pelayanan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi.
5. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah

Kota Kotamobagu kepada masyarakat.

6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah RSUD Kota Kotamobagu.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
8. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah Perangkat Badan Layanan Umum Daerah yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Pimpinan BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan social sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
10. Dewan Pengawas adalah Unit non struktural pada Rumah Sakit yang melakukan pembinaan dan pengawawasan Rumah Sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

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

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

(1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
(2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III
TUGAS DAN FUNGSI

Pasal 3

RSUD mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan paripurna dan pendidikan serta pelatihan.

Pasal 4

Selain Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal

3, RSUD juga menyelenggarakan fungsi:

a. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier;
b. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan;
c. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan; dan
d. pelaksanaan administrasi rumah sakit.

BAB IV
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 5

Jenis pelayanan RSUD meliputi :

a. pelayanan gawat darurat;
b. pelayanan rawat jalan;
c. pelayanan rawat inap;
d. pelayanan kamar operasi;
e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
f. pelayanan *intensive care unit;*
g. pelayanan radiologi;
h. pelayanan laboratorium;
i. pelayanan rehabilitasi medik/fisioterapi;
j. pelayanan farmasi;
k. pelayanan gizi;
l. pelayanan pasien keluarga miskin
m. pelayanan rekam medik;
n. pelayanan pengelolaan limbah/kesehatan lingkungan;
o. pelayanan administrasi dan manajemen;
p. pelayanan ambulans/mobil jenazah;
q. pelayanan perawatan/pemulasaraan jenazah;
r. pelayanan *laundry*;

s. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;

t. pencegahan dan pengendalian infeksi; dan/atau

u. pelayanan transfusi darah.

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM

Pasal 6

RSUD menyelenggarakan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 berdasarkan kepada Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran 1 dan Lampiran 2 yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB V

PELAKSANAAN

Pasal 7

(1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Walikota ini.

(2) Direktur atau Pimpinan RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.

(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI

PENERAPAN

Pasal 8

(1) Direktur atau Pimpinan RSUD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.

(2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta

upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.

(3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VII
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 9

(1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:

a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
b. penyusunan rencana pencapaian standar pelayanan minimal dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua
Pengawasan dan Biaya Operasional

Pasal 10

(1) Pengawasan operasional dilakukan oleh SPI.

(2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD.

Pasal 11

(1) SPI sebagaimana dimaksud pada Pasal 10 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

(2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 12

Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11, dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 13

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD.

BAB VIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 14

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Kotamobagu.

NO	PENGELOLAH	PARAF
1	Pj. SEKRETARIS DAERAH	
2	ASISTEN BIDANG PEMERINTAHAN	
3	Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM	
4	KEPALA DINAS KESEHATAN	
5	KEPALA UPTD RSUD KOTA KOTAMOBAGU	

Ditetapkan di Kotamobagu
Pada tanggal 28 desember 2018

WALIKOTA KOTAMOBAGU

TATONG BARA

Diundangkan di Kotamobagu
Pada tanggal 28 desember 2018

Pj. SEKRETARIS DAERAH KOTA KOTAMOBAGU,

A D N A N

BERITA DAERAH KOTA KOTAMOBAGU TAHUN 2018 NOMOR 42

LAMPIRAN 1 PERATURAN WALIKOTA KOTAMOBAGU
NOMOR : 42 TAHUN 2018
TANGGAL : 28 Desember 2018
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR
1	Pelayanan Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani Live saving di UGD	100%
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam
		3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/ PPGD	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim
		5	waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit
		6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %
		7	Kematian pasien ≤ 24 jam di UGD	≤ 2 ‰
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2	Pelayanan Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % dokter spesialis
		2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	
			a Poliklinik Anak	ada
			b Poliklinik Penyakit Dalam	ada
			c Poliklinik Kebidanan dan Kandungan	ada
			d Poliklinik Bedah	ada
			e Poliklinik Gigi	ada
			f Poliklinik Saraf	ada
			g Poliklinik Jantung dan Paru	ada
			h Poliklinik Mata	ada
		3	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 s/d 11.00	100%
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
		6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
		7	a Penegakkan diagnosa TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB	≥ 60 %
			b Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %
3	Pelayanan Rawat Inap	1	Pemberi Pelayanan Rawat Inap	
			a Dokter Umum / Spesialis	ada
			b Perawat minimal Pendidikan D3	ada
		2	Dokter penanggung jawab Pasien rawat inap	100%
		3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan dan Kandungan, Bedah)	100%
		4	Jam visite Dokter Spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%
		5	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%
		6	Kematian pasien > 48 jam	< 0,24 %
		7	Pasien Rawat Inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
		8	Rawat inap TB	

			a Penegakkan diagnosa TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB	100%
			b Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%
		9	Kejadian paksa pulang	≤ 5 %
		10	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
4	Pelayanan Kamar Operasi	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1‰
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan *endotracheal tube*	≤ 6 %
5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1	Kejadian kematian Ibu karena persalinan	
			- Perdarahan	≤ 1 %
			- Pre-eklampsi	≤ 30 %
			- Sepsis	≤ 0,2 %
		2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	100%
		3	Pemberi pelayanan persalinan normal :	
			a Dokter Sp.OG	ada
			b Dokter Umum terlatih APN	ada
			c Bidan	ada
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim PONEK	100%
		5	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	
			a Dokter Sp.OG	ada
			b Dokter Sp. A	ada
			c Dokter Sp. An	ada
		6	Pertolongan persalinan melalui SC	≤ 20 %
		7	Keluarga Berencana	
			a Presentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dokter umum terlatih	
			b Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh Bidan terlatih	
		8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
6	Pelayanan ICU	1	Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72jam	≤ 3 %
		2	Pemberi pelayanan intensif	
			a Dokter Sp.Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai kasus yang ditangani	100%
			b Perawat minimal Pendidikan D3 dengan sertifiktat perawat mahir ICU / setara D4	100%
7	Pelayanan Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam
		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen (dokter Sp.Rad)	100%
		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %
		4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
8	Pelayanan Laboratorium	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 mnt Kimia darah dan darah

		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium adalah dokter Sp.PK	100%
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
9	Pelayanan Fisioterapi	1	Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %
		2	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
10	Pelayanan Farmasi	1	Waktu tunggu	
			a Pelayanan obat jadi ≤ 30 mnt	100%
			b Obat racikan ≤ 60 mnt	100%
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
		4	Penulisan resep sesuai formularium	100%
11	Pelayanan Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90 %
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%
12	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan		100%
13	Pelayanan Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24jam setelah selesai pelayanan	100%
		2	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi	100%
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	< 15 menit
14	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	1	Baku mutu limbah cair :	
			- BOD	< 30 mg/l
			- COD	< 80 mg/l
			- TSS	< 30 mg/l
			- pH	6 – 9
		2	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan	100%
15	Pelayanan Administrasi Manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi maksimal 2 hari	100%
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan 1 kali	100%
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %
		6	*Cost recovery*	≥ 40 %
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10	100%
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal	≤ 2 jam
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	100%

16	Pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulans / mobil jenazah 24 jam	24 jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulanse / mobil jenazah di Rumah sakit	≤ 30 menit
		3	Respon time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	100%
17	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah		≤ 2 jam
18	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap ≤ 24 jam	100%
		3	Ketepatan pengolahan linen infeksius	100%
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3	Peralatan laboratorium dam alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan	100%
20	PPI	1	Ada anggota tim PPI yang terlatih	≥ 75 %
		2	Tersedia APD di setiap instalasi	≥ 60 %
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI	≥ 75 %
		4	Kejadian infeksi daerah operasi	≤ 1,5 %
		5	Angka infeksi aliran darah primer	≤ 1,5 %
21	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%
		2	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %

NO	PENGELOLAH	PARAF
1	Pj. SEKRETARIS DAERAH	
2	ASISTEN BIDANG PEMERINTAHAN	
3	Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM	
4	KEPALA DINAS KESEHATAN	
5	KEPALA UPTD RSUD KOTAMOBAGU	

WALIKOTA KOTAMOBAGU

TATONG BARA

LAMPIRAN 2 PERATURAN WALIKOTA KOTAMOBAGU
NOMOR : 2018
TANGGAL : TAHUN 2018
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KOTAMOBAGU

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. Unit Gawat Darurat (UGD)

1. Kemampuan menangani *lifesaving*

Indikator	:	**Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat**
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi operasional	:	*Life saving* adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *Airway, Breath, Circulation*
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan *life saving* di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan *life saving* di Gawat Darurat
Sumber data	:	Rekam Medik di Unit Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Unit Gawat Darurat

2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat

Indikator	:	**Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikasi BLS/PPGD/GELS/ALS**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/ GELS/ALS.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	:	Unit Gawat Darurat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kasubbag Umum dan Kepegawaian

3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Indikator	:	**Ketersediaan tim penanggulangan bencana**
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Ruang Unit gawat darurat
Standar	:	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim Penanggulangan Bencana

4. Jam buka pelayanan gawat darurat

Indikator	:	**Jam buka pelayanan gawat darurat**
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat 24 jam di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Laporan bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat

Indikator	:	**Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 50)
Sumber data	:	*Sample*
Standar	:	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat/Ketua Tim Mutu/Panitia Mutu

6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka

Indikator	:	**Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka**
Dimensi mutu	:	Akses dan keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medik yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiga bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

7. Kematian pasien di IGD

Indikator	:	**Kematian pasien ≤ 24 jam di UGD**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien dating
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 2 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

8. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Indikator	:	**Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat**
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survai
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survai (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat /Tim Mutu/Panitia Mutu

II.Pelayanan Rawat Jalan

1. Ketersediaan Pelayanan

Indikator	:	**Ketersediaan pelayanan rawat jalan**
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan yang dilaksanakan di rumah sakit yaitu: poliklinik anak, kebidanan & kandungan, penyakit dalam, bedah.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan yang ada
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Minimal sesuai dengan kelas RS Tipe C
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis adalah dokter spesialis

Indikator	:	**Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik adalah dokter spesialis**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga dokter spesialis/umum/gigi yang kompeten
Definisi Operasional	:	Poliklinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam buka pelayanan rawat jalan sesuai ketentuan

Indikator	:	**Jam buka pelayanan rawat jalan sesuai ketentuan**
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis umum/gigi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik/umum/gigi yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik umum/gigi dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Indikator	:	**Waktu tunggu di Rawat Jalan**
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik/umum/gigi pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien mendaftar di poliklinik Rawat Jalan sampai dilayani oleh dokter di poliklinik Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvai
Sumber data	:	Survei pasien rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis Tuberculosis

Indikator	:	**Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	:	Penegakaan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat jalan

6. Pasien Rawat Jalan Tuberculosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Indikator	:	**Pasien Rawat Jalan Tuberculosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS**
Dimensi mutu	:	Akses,efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan followup pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap tiga bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakitdalam waktu tiga bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan, register TB03UPK
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruangan Rawat Jalan/Pengelola TB rumah sakit

7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)

Indikator	:	**Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)**
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan VCT di RSUD Kota Kotamobagu untuk pemeriksaan sukarela HIV/AID
Definisi operasional	:	PelayananVoluntary Councelling and Testing adalah pelayanan di RSUD Kota Kotamobagu kepada Masyarakat yang secara sukarela untuk melkukan test dan konseling HIV/AIDS
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Adanya Pelayanan VCT
Denominator	:	1
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	Tersedia dengan tenaga pelatih
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

8. Peresepan Obat Sesuai Formularium

Indikator	:	**Peresepan Obat Sesuai Formularium**
Dimensi mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efiseisnsi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	:	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di RSUD Kota Kotamobagu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebaai sampel dalam satu bulan (minimal 50 sampel)
Sumber data	:	Instalasi farmasi
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

9. Pencatatan dan pelaporan Tubercolusis di RSUD Kota Kotamobagu

Indikator	:	**Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\geq$ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

10. Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan

Indikator	:	**Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan**
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu

III. Pelayanan Rawat Inap

1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Indikator	:	**Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Kebidanan & Kandungan, Dalam, Bedah)**
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Pemberi pelayanan rawat inap

Indikator	:	**Pemberi pelayanan di rawat inap**
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 % (Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

3. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Indikator	:	**Tempat Tidur Dengan Pengaman**
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi operasional	:	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tempat tdiur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	:	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di RSUD Kota Kotamobagu
Sumber data	:	Catatan Instalasi/Kartu Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

4. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Indikator	:	**Kamar Mandi Dengan Pengaman**
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tidak terjadinya pasien jatuh di kamar mandi
Definisi operasional	:	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	:	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di Ruang rawat inap yang ada di RSUD Kota Kotamobagu
Sumber data	:	Catatan Instalasi/Kartu Inventaris
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat inap

5. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Indikator	:	**Dokter penanggung jawab pasien rawat inap**
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	:	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

6. Jam visite dokter spesialis

Indikator	:	**Jam *visite* dokter spesialis**
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medik terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	*Visite* dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah *visite* dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvai
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan *visite* dokter spesialis yang disurvai
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Panitia Mutu/Tim Mutu

7. Kejadian infeksi pasca operasi

Indikator	:	**Kejadian infeksi pasca operasi**
Dimensi mutu	:	Keselamatan,kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	:	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RSUD Kota Kotamobagu yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Medik/komite mutu/Ketua Tim Mutu

8. Angka kejadian infeksi nosokomial

Indikator	:	**Angka kejadian infeksi nosokomial**
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial di RSUD
Definisi operasional	:	Infeksi nosocomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RSUD yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	:	≤ 9%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Rawat Inap/Ketua Komite Medik/komite mutu/Ketua Tim Mutu

9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

10. Pasien rawat inap TB yang ditangani dengan pemeriksaan mikroskopis TB

Indikator	:	**Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB**
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≥ 100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

11. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Indikator	:	**Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS**
Dimensi mutu	:	Akses,efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam
Sumber data	:	Register Rawat Inap, register TB03 UPK
Standar	:	≥ 100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Pengelola TB Rumah Sakit

12. Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit

Indikator	:	**Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit**
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≥ 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

13. Kejadian pulang paksa

Indikator	:	**Kejadian pulang paksa**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 5%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

14. Kematian pasien > 48 jam

Indikator	:	**Kematian pasien > 48 jam**
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤0,24% ≤2,4/1000(internasional) (NDR≤ 25/1000,Indonesia)
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Rekam Medik/Tim Mutu

15. Kepuasan Pasien Rawat Inap

Indikator	:	**Kepuasan Pasien Rawat Inap**
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survai (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survai (n minimal = 50)
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≤ 90 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

IV. Pelayanan Kamar Operasi

1. Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari

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

2. Kejadian kematian di meja operasi

Indikator	:	**Kejadian kematian di meja operasi**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel *event*
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel *event*
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 1 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Kamar Operasi

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian operasi salah sisi**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel *event*
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel *event*
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Kamar Operasi

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian operasi salah orang**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel *event*
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel *event*
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Kamar Operasi

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel *event*
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel *event*
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Kamar Operasi

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel *event*
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel *event*
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Kamar Operasi

7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

Indikator	:	**Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube***
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Definisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 6 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Kamar Operasi

V. Pelayanan Persalinan

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Indikator	:	**Kejadian kematian ibu karena persalinan**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	:	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan sepsis Pendarahan: adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu: – Tekanan Daerah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg – Protein uria > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif – Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan akibat perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia, atau sepsis (masing-masing penyebab)
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	Pendarahan ≤ 1%, pre-eklampsia/eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Indikator	:	**Pemberi pelayanan persalinan normal**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Indikator	:	**Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan Tim dengan penyulit PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter Sp.A, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, pendarahan antepartum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit yang ditolong tim PONEK
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Indikator	:	**Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter Sp.A, dokter Sp. An.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga do dokter Sp.OG, dokter Sp.A, dokter Sp. An yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

5. Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*

Indikator	:	**Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria***
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	:	*Seksio cesaria* adalah tindakan persalinan melalui pembedahan *abdominal bail* elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan *seksio cesaria* dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

6. Keluarga Berencana Mantap dilakukan oleh tenaga kompeten

Indikator	:	**Keluarga Berencana Mantap dilakukan oleh tenaga kompeten**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan KB mantap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana Mantap adalah KB yang menggunakan metode operasi (vasektomi dan tubektomi). KB mantap dilakukan oleh tenaga yang kompeten yaitu dokter Sp.OG, dokter Sp.B dan dokter umum terlatih.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasein vsektomi dan tubektomi yang dilayani oleh tenaga kompeten
Denominator	:	Jumlah Peserta KB
Sumber data	:	Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

7. Peserta Keluarga Berencana Mantap mendapat konseling

Indikator	:	**Peserta Keluarga Berencana Mantap mendapat konseling**
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan konseling Kontrasepsi
Tujuan	:	Mutu dan pelayanan
Definisi Operasional	:	Konseling KB mantap adalah proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pelayanan KB mantap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah peserta yang mendapat konseling KB mantap
Denominator	:	Jumlah keseluruhan peserta konseling layanan KB mantap
Sumber data	:	Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

8. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	**Kepuasan pelanggan**
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvai (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survai (n minimal 50)
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

9. Pelayanan Perinatologi

Indikator	:	**Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram**
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g – 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g – 2500 g yang ditangani
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

VI. Pelayanan Intensif

1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Indikator	:	**Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam**
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	:	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang ICU

2. Pemberi pelayanan di unit intensif

Indikator	:	**Pemberi pelayanan di unit intensif**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/PICU, ICCU
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %.
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang

VII. Pelayanan Radiologi

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto *thorax*

Indikator	:	**Waktu tunggu hasil pelayanan foto *thorax***
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto *thorax* dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan *rontgen*

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

3. Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*

Indikator	:	**Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen***
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan *rontgen*
Definisi Operasional	:	Kegagalan pelayanan *rontgen* adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	≤ 2%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	**Kepuasan pelanggan**
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvai yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvai (n minimal 50)
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

VIII. Pelayanan Laboratorium

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 140 menit

Indikator	:	**Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 140 menit**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia Daerah . Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil *sample* sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvai dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvai dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≤ 140 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK

Indikator	:	**Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekpertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil laboratorium diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik

Indikator	:	**Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium patologi klinik dalam satu bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	**Kepuasan pelanggan**
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvai (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah totasl psien yang disurvai
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. Pelayanan Fisioterapi

1. Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan

Indikator	:	**Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan**
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	*Drop out* pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang *drop out* selama 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi selama 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Poliklinik Fisioterapi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam fisioterapi
Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperkirakan yang tidak sesuai dengan asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Poliklinik Fisioterapi

3. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	**Kepuasan pelanggan**
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvai
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvai (n minimal 50)
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Poliklinik Fisioterapi

X. Pelayanan Farmasi

1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit

Indikator	:	**Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvai dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvai dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit

Indikator	:	**Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvai dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvai dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	Kesalahan 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikn dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvai dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvai
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

4. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	**Kepuasan pelanggan**
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvai (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvai (dalam prosen)
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

5. Penulisan resep sesuai formularium

Indikator	:	**Penulisan resep sesuai formularium**
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

XI. Pelayanan Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Indikator	:	**Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang rawat inap yang disurvai yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvai
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Indikator	:	**Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvai dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvai dalam satu bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kesalahan pemberian diet

Indikator	:	**Tidak adanya kesalahan pemberian diet**
Dimensi Mutu	:	Keamanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvai dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvai dalam satu bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

XII. Pelayanan Keluarga Miskin

Indikator	:	**Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan**
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	Pasien miskin pasien pemegang kartu Jamkesmas, Jamkesda, dan pasien dengan Surat Keterangan Miskin.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	:	Register pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Pengelola Jamkesmas

XIII. Pelayanan Transfusi Darah

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Indikator	:	**Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi**
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Agar pasien mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhannya
Definisi operasional	:	Kemampuan bank darah rumah sakit dalam memenuhi permintaan kebutuhan darah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat terpenuhi 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 100 %
Penanggung jawab	:	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfusi darah

Indikator	:	**Kejadian reaksi transfusi darah**
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen risiko pada pelayanan bank darah
Definisi operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian yang tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala UTD

XIV. Pelayanan Rekam Medik

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Indikator	:	**Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan**
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvai dalam 1 bulan yang diiisi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang diiisi dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

2. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Indikator	:	**Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	*Informed concern* adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvai yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvai dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan

Indikator	:	**Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati
Sumber data	:	Hasil survai pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	:	≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 15 menit

Indikator	:	**Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 15 menit**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Hasil survai pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	< 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

XV. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

1. Baku mutu air limbah

Indikator	:	**Baku mutu air limbah**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	:	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (*Biological Oxygen Demand*) : 30 mg/ltr COD (*Chemical Oxygen Demand*) : 80 mg/ltr TSS (*Total Suspended Solid*) : 30 mg/ltr pH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

2. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan

Indikator	:	**Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik; 2. Sisa ampul; 3. Kasa bekas; 4. Sisa jaringan; pengolahan limbah berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

XVI. Administrasi dan Manajemen

1. Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat Direksi maksimal 2 hari

Indikator	:	**Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat Direksi maksimal 2 hari**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan Direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Indikator	:	**Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau 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, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam Satu tahun
Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Indikator	:	**Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data	:	Bagian Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

Indikator	:	**Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU Nomor 8/1974, UU No 44/1999)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data	:	Bagian Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Indikator	:	**Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun**
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Bagian Kepegawaian
Standar	:	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

6. *Cost recovery*

Indikator	:	***Cost recovery***
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan rumah sakit
Definisi Operasional	:	*Cost recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	≥ 40 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10

Indikator	:	**Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam

Indikator	:	**Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
Definisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	≤ 2 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Indikator	:	**Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6
Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	≥ 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

XVII. Pelayanan Ambulans/ mobil jenasah

1. Waktu pelayanan ambulan/mobil jenasah 24 jam

Indikator	:	**Waktu pelayanan ambulan/mobil jenasah 24 jam**
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulan/mobil jenasah jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulan/mobil jenasah adalah penyediaan ambulan jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulan/mobil jenasah dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Penanggung Jawab ambulan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulan/mobil jenasah di rumah sakit ≤ 30 menit

Indikator	:	**Kecepatan memberikan pelayanan ambulan/mobil jenasah di rumah sakit ≤ 30 menit**
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulan/mobil jenasah
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulan/mobil jenasah adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulan diajukan oleh pasien /keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulan, maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulan/mobil jenasah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulan/mobil jenasah dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

3. *Respons time* pelayanan ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan

Indikator	:	***Respons time* pelayanan ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan**
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan ambulan kepada masyarakat yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	*Respons* time pelayanan ambulan adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulan diajukan oleh masyarakat/keluarga pasien sampai tersedianya ambulan di tempat kejadian. Dalam kota maksimal 30 menit, luar kota maksimal 60 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulan yang tepat dalam waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulan dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

XVIII. Pelayanan Pemulasaraan Jenasah

Indikator	:	**Waktu tanggap pemulasaran jenasah**
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap pasien akan pemulasaraan jenasah
Definisi operasional	:	Waktu tanggap pemulasaraan jenasah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenasah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Total kumulatif pelayanan pemulasaraan jenasah pasien yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	:	Total pasien yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenasah

XIX. Pelayanan *Laundry*

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Indikator	:	**Tidak adanya kejadian linen yang hilang**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan *laundry*
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari jumlah sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

2. Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam

Indikator	:	**Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam**
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan *laundry*
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

XX. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Indikator	:	**Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit
Denominator	:	Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Indikator	:	**Ketepatan waktu pemeliharaan alat**
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau *service* untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (*service*) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	:	Register pemeliharaan alat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Indikator	:	**Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi**
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam Satu tahun
Sumber data	:	Buku register
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaann Sarana Rumah Sakit

XXI. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih

Indikator	:	**Ada anggota Tim PPI yang terlatih**
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas PPI RS
Definisi operasional	:	Adalah anggota Tim PPI RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI RS
Sumber data	:	Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Standar	:	≥ 75 %
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

2. Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) disetiap Instalasi

Indikator	:	**Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) disetiap Instalasi**
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, peugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	:	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu *boots* dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	:	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥60 %
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi noskomial / HAI (*Health care Associated Infection*) di rumah sakit

Indikator	:	**Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi noskomial / HAI (*Health care Associated Infection*) di rumah sakit**
Dimensi mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (*check list*) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/infeksi luka operasi, ILI/infeksi luka infus, VAP/*ventilator associated pneumonie*, ISK/infeksi saluran kemih)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≥ 75 %
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	**Kejadian infeksi daerah operasi**
Dimensi mutu	:	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi
Definisi operasional	:	infeksi daerah operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (*kalor*), kemerahan (*rubor*), pengerasan (*tumor*), dan keluarnya nanah (*pus*) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≤1,5 %
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

5. Angka infeksi aliran darah Primer

Indikator	:	**Angka infeksi aliran darah Primer**
Dimensi mutu	:	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan pemasangan dan perawatan daerah pemasangan infus
Definisi operasional	:	infeksi aliran darah Primer adalah infeksi yang terjadi akibat pemasangan infus
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang terjadi infeksi aliran darah perifer akibat pemasangan infus dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien berisiko terjadi infeksi aliran darah perifer dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survai
Standar	:	≤ 1,5 %
Penanggung jawab	:	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

NO	PENGELOLAH	PARAF
1	Pj. SEKRETARIS DAERAH	
2	ASISTEN BIDANG PEMERINTAHAN	
3	Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM	
4	KEPALA DINAS KESEHATAN	
5	KEPALA UPTD RSUD KOTA KOTAMOBAGU	

Ditetapkan di Kotamobagu
Pada tanggal 28 Desember 2018

WALIKOTA KOTAMOBAGU

TATONG BARA