



WALIKOTA BANDUNG

PERATURAN WALIKOTA BANDUNG

NOMOR: 193 TAHUN 2013

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BANDUNG,

- Menimbang : a. bahwa Pemerintah Kota Bandung dalam rangka otonomi daerah bertanggung jawab sepenuhnya terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat termasuk di dalamnya peningkatan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung sebagai Badan Layanan Umum Daerah yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan yang menjamin ketersediaan serta kualitas pelayanan umum yang dapat menjangkau seluruh masyarakat;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Kepala Daerah menetapkan standar pelayanan minimal BLUD dengan peraturan kepala daerah;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Bandung tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung;

Mengingat ...

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Kabupaten/Kota;
 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
 9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 10. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 08 Tahun 2007 tentang Urusan Pemerintahan Daerah Kota Bandung;
 11. Peraturan ...

11. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung;
12. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 03 Tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan;
13. Peraturan Walikota Bandung Nomor 075 Tahun 2011 tentang Rincian Tugas Pokok, Fungsi, Uraian Tugas, dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Bandung.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Bandung.
3. Walikota adalah Walikota Bandung.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Bandung.
5. Rumah Sakit Umum Daerah adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

7. Pola ...

7. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah kepada masyarakat.
10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
11. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
12. 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 berdasarkan *World Health Organization*.
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

14. Indikator ...

14. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
16. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
18. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
19. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
22. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
23. Analisis Pencapaian adalah penelitian terhadap suatu hasil kegiatan/kinerja yang pada saat ini sudah tercapai.
24. Rencana Tindak Lanjut adalah rencana kegiatan yang akan dilaksanakan selanjutnya untuk mencapai standar/tujuan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan sebagai panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Penerapan Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU
PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah meliputi :
 1. Pelayanan Gawat Darurat;
 2. Pelayanan *Intensive Care Unit*;
 3. Pelayanan *Laundry*;
 4. Pelayanan Rawat Inap;
 5. Pelayanan Rawat Jalan;
 6. Pelayanan Pengelolaan Limbah;
 7. Pelayanan Laboratorium;
 8. Pelayanan Bedah *Central*;
 9. Pelayanan Farmasi;
 10. Pelayanan Gizi;
 11. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
 12. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 13. Pelayanan Radiologi;

14. Pelayanan ...

14. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
15. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
16. Pelayanan Administrasi Manajemen;
17. Pelayanan Rekam Medis;
18. Pelayanan Ambulance;
19. Pelayanan Transfusi Darah;
20. Pelayanan Keluarga Miskin;
21. Pelayanan Rehabilitasi Medik.

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian serta Uraian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana tercantum dalam Lampiran I merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Walikota ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB ...

BAB V
PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan, administrasi serta manajemen pada Rumah Sakit Umum Daerah menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah.
- (3) Seluruh pelaksanaan pelayanan, diselenggarakan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan PPK-BLUD 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 Standar Pelayanan Minimal;
 - b) penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c) penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d) pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian ...

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan kepada pendapatan operasional Rumah Sakit Umum Daerah yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Walikota ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bandung
pada tanggal 27 Februari 2013

WALIKOTA BANDUNG,

TTD

DADA ROSADA

Diundangkan di Bandung
pada tanggal 27 Februari 2013
SEKRETARIS DAERAH KOTA BANDUNG,

TTD

EDI SISWADI

BERITA DAERAH KOTA BANDUNG TAHUN 2013 NOMOR 07.

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM DAN HAM,



ERIC M. ATTHAURIQ
Pembina Tingkat I
NIP. 19711102 199603 1 003

2.	<i>Intensive Care Unit</i>	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif Dokter Spesialis 3. Pemberi pelayanan Unit Intensif Perawat D3 4. Pemberi pelayanan Unit Intensif Perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU/setara	<3	<3	<3	<3	<3	<3	
3.	<i>Laundry</i>	1. Kesesuaian pengembalian linen ke ruangan berdasarkan jumlah dan jenisnya 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruangan maksimal 48 jam	100	90	92	94	96	100	
4.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap adalah Dokter Spesialis 2. Pemberi pelayanan di rawat inap adalah Perawat dengan minimal Pendidikan D3 3. Angka kejadian infeksi nosokomial kurang dari 1.5 % 4. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 5. Ketersediaan pelayanan rawat inap 6. Jam visite dokter spesialis pkl. 08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja 7. Kejadian infeksi pasca operasi kurang dari 1,5 % 8. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian. 9. Kematian pasien > 48 jam. 10. Kejadian pulang paksa	100	100	100	100	100	100	

		11. Kepuasan pelanggan	90	82	84	86	88	90	
		12. Rawat inap TB :							
		a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.	100	100	100	100	100	100	
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100	100	100	100	100	100	
5.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis adalah Dokter Spesialis	100	100	100	100	100	100	
		2. Jam buka pelayanan Pkl 08 s.d 13.00 WIB setiap hari kerja, kecuali hari Jum'at pkl. 08-00 s.d. 11.00 WIB	88	80	82	84	86	88	
		3. Waktu tunggu di rawat jalan 60 menit	83	75	77	79	81	83	
		4. Kepuasan pelanggan	78	70	72	74	76	78	
		5. Pasien Rawat Jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTs	100	80	90	100	100	100	
6.	Pengelolaan Limbah	1. Baku Mutu Limbah Cair	100	100	100	100	100	100	
		2. Pengolahan Limbah Medis Padat Sesuai Dengan Aturan	100	100	100	100	100	100	
7.	Laboratorium Patologi Klinik	1. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik buka 24 jam	100	75	100	100	100	100	
		2. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100	100	100	100	100	100	
		3. Kepuasan Pelanggan	78	70	72	74	76	78	
		4. Pelaksana ekspertise oleh Dopkter Sp.PK	100	100	100	100	100	100	
		5. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium < 140	88	80	82	84	86	88	

11.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah maksimal 15 menit	98	90	92	94	96	98	
12.	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit/IPSRS	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan	88 88 100	80 80 88	82 82 90	84 84 93	86 86 95	88 88 100	
13.	Radiologi	1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto rontgen maksimal 24 jam 2. Pelaksanaan Expertise Hasil Pemeriksaan Rontgen 3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen 4. Kepuasan Pelanggan	88 99 <2 74	80 95 <2 70	82 96 <2 71	84 97 <2 72	86 98 <2 73	88 99 <2 74	
14.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Tersedia Tim PPI RS yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap Instalasi 3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/HAI (<i>Healthcare Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)	75 88 100	62 80 100	65 82 100	68 84 100	70 86 100	75 88 100	
15.	Persalinan dan Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)	1. Pemberi pelayanan persalinan Normal oleh Dokter terlatih atau bidan 2. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr tanpa penyulit 3. Kejadian kematian ibu karena persalinan: a. Perdarahan b. Preeklamsi	100 88 <1 <30	100 80 <1 <30	100 82 <1 <30	100 84 <1 <30	100 86 <1 <30	100 88 <1 <30	

		c. Sepsis	<0,2	<0,2	<0,2	<0,2	<0,2	<0,2	
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim PONEK yang terlatih	100	88	90	93	95	100	
		5. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh dokter spesialis Obgyn, Anak dan Anestesi	100	100	100	100	100	100	
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	<20	<20	<20	<20	<20	<20	
		7. Keluarga Berencana:							
		a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.SpOG, dr. SpB, dr. SpU, dokter umum terlatih	100	100	100	100	100	100	
		b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100	100	100	100	100	100	
		8. Kepuasan Pelanggan	80	72	74	76	78	80	
16.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan/rapat Direksi	100	80	85	90	95	100	
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja RS	100	100	100	100	100	100	
		3. Ketepatan waktu penyelesaian kenaikan pangkat pilihan	80	60	65	70	75	80	
		4. Ketepatan waktu penyelesaian kenaikan pangkat regular	100	100	100	100	100	100	
		5. Ketepatan waktu penerbitan SK kenaikan gaji berkala	100	90	92	94	97	100	
		6. Karyawan yang mendapat/terpapar pelatihan	70	62	64	66	68	70	

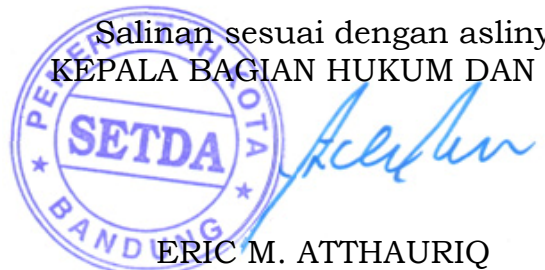
21	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	<50	<50	<50	<50	<50	<50	
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100	100	100	100	100	100	
		3. Kepuasan pelanggan	80	72	74	76	78	80	

WALIKOTA BANDUNG,

TTD

DADA ROSADA

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM DAN HAM,



ERIC M. ATTHAURIQ
Pembina Tingkat I
NIP. 19711102 199603 1 003

LAMPIRAN II : PERATURAN WALIKOTA BANDUNG
 NOMOR : 193 TAHUN 2013
 TANGGAL : 27 Februari 2013

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. Pelayanan Gawat Darurat

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	<i>Lifesaving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breathing, Circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di unit gawat darurat
Sumber data	Rekam medis di gawat darurat
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ACLS/ATLS

Judul	Pemberi pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ACLS/ATLS
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/ACLS/ATLS
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	3 bulan sekali

Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Unit Diklat Rumah Sakit

3. Waktu tanggap pelayanan petugas Instalasi Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan petugas Instalasi Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Kecepatan pelayanan petugas instalasi gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan oleh petugas maksimal 5 menit
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pelayanan oleh petugas maksimal 5 menit
Denominator	Jumlah seluruh pasien
Sumber data	Rekam medis
Standar	98 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Jam buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam di setiap Rumah Sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam terus menerus
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat 24 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan

5. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	Tim Penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana
Denominator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survey.
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	Survey
Standar	75 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu RS

7. Kematian pasien < 24 jam di Gawat Darurat.

Judul	Kematian Pasien < 24 Jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
Definisi operasional	Kematian < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode < 24 jam sejak pasien datang sebesar < 2 perseribu
Denominator	Jumlah seluruh kematian pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

B. Pelayanan *Intensif Care* Unit

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus sama <72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	<3 %
Penanggungjawab	Komite Medis dan Mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif Dokter Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif Dokter Spesialis
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani yang melayani perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Intensif Care Unit

3. Pemberi Pelayanan Unit Intensif Perawat D3

Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah Perawat D3
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga perawat D3 yang melayani perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Intensif Care Unit

4. Pemberi Pelayanan Unit Intensif Perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU/setara

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif Perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU/setara
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah Perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU/setara yang melayani perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Intensif Care Unit

C. Pelayanan *Laundry*

1. Kesesuaian pengembalian linen ke ruangan berdasarkan jumlah dan jenisnya

Judul	Kesesuaian pengembalian linen ke ruangan berdasarkan jumlah dan jenisnya
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi	Kesesuaian pengambilan linen ke ruangan adalah jumlah dan jenis linen bersih yang diterima oleh ruangan sesuai dengan

data	
Periode analisis	1 bulan
Denominator	Jumlah penerimaan linen kotor dari ruangan dalam 1 bulan
Numerator	Jumlah pengeluaran linen bersih ke ruangan dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan/pembukuan penerimaan linen kotor dan Catatan/pembukuan pengeluaran linen bersih.
Standar	98%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruangan

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruangan
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah waktu yang dibutuhkan dari mulai menerima linen kotor, mencuci, mengeringkan, menyetrika, melipat sampai diterimanya linen bersih oleh ruangan. Waktu penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan yaitu maksimal 48 jam.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan linen bersih ke ruangan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah linen kotor yang diterima oleh <i>laundry</i> dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan tanggal penerimaan linen kotor dan catatan tanggal pengeluaran linen bersih (survey)
Standar	88%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

D. Pelayanan Rawat Inap

1. Pemberi pelayanan di rawat inap (dokter spesialis)

Judul	Pemberi pelayanan di rawat inap (dokter spesialis)
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan medis adalah seorang dokter spesialis yang kompeten di bidangnya
Frekuensi	

	di ruang rawat inap sesuai dengan keahliannya
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter spesialis dan perawat yang melayani di ruang rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Pemberi pelayanan di rawat inap (Perawat minimal pendidikan D3)

Judul	Pemberi pelayanan di rawat inap (Perawat minimal pendidikan D3)
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan keperawatan adalah seorang perawat yang kompeten di bidangnya
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah seluruh tenaga perawat yang melayani di ruang rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis dan infeksi luka operasi kurang dari 1.5%

Numerator Denominator	<p>a) Dekubitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerator : Jumlah kejadian dekubitus dalam 1 bulan • Denominator : Jumlah seluruh pasien tirah baring total selama lebih dari 3 hari <p>b) Phlebitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerator : Jumlah kejadian phlebitis dalam 1 bulan • Denominator : Jumlah seluruh pasien yang terpasang infus <p>c) Infeksi luka operasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerator : Jumlah kejadian infeksi luka operasi bersih dalam 1 bulan • Denominator : Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan operasi bersih
Sumber data	Laporan angka kejadian infeksi nosokomial
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul data	Unit Mutu
Penanggungjawab	Komite medik

4. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik, 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 satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penganggung jawab.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggungjawab	Komite Inspeksi Rawat Inap

5. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring spesialistik anak, penyakit dalam, bedah dan kebidanan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik
Denominator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap

6. Jam visite dokter spesialistik

Judul	Jam visite dokter spesialistik
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.
Definisi operasional	Visite dokter spesialistik adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s.d 14.00
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s.d 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang di survey
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Tim Mutu

Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar.
Definisi operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua pasien kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam kurang dari 1,5 %
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah kejadian infeksi pasca operasi kurang dari 1,5 %
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik/Tim Mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi dsb yang berakibat kecacatan dan kematian.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan dan kematian.
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut.
Sumber data	Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

	yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisis	Satu bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam sebesar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	< 0,24
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik/Tim mutu

10. Kejadian pulang paksa

Judul	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	Satu bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 5 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik/Tim Mutu

11. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	90 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Tim Mutu

12. Penegakan diagnose TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnose TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakkan diagnosis 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 RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap.

13. Kegiatan Pencacatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan pencacatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencacatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang dirawat di rumah sakit
Frekuensi	

Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

E. Pelayanan Rawat Jalan

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi operasional	Klinik Spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam waktu 1 bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan 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 jam buka pkl.08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at pkl. 08.00 s.d 11.00
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Sumber data	Register rawat jalan
Standar	88%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Waktu tunggu di rawat jalan

Judul	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis maksimal 60 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey pasien rawat jalan
Standar	83%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (jumlah n ditentukan sesuai dengan jumlah populasi)

5. Pasien Rawat Jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Definisi operasional	Pasien Rawat Jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnose dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien tuberculosis yang diobati, dievaluasi secara konkret sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	Register rawat jalan, Register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi rawat jalan

F. Pelayanan Pengelolaan Limbah/Penyehatan Lingkungan

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan Lingkungan
Tujuan	Memenuhi standar buangan limbah cair khusus Rumah Sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator: BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/L COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/L TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/L PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan

Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

2. Pengolahan Limbah Medis Padat Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan Limbah Medis Padat Sesuai Dengan Aturan
Dimensi mutu	Keselamatan Lingkungan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah medis padat di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah Medis Padat adalah limbah padat yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksis, limbah kimiawi, limbah radioaktif, limbah container bertekanan tinggi dan limbah yang mengandung logam berat tinggi. Pengolahannya dimulai dari pemilahan, penyimpanan, pengangkutan sampai pemusnahan sesuai protap
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dapat dikelola sesuai dengan protap
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah medis padat
Sumber data	Hasil pengamatan instalasi Pemeliharaan dan Penyehatan Lingkungan
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

G. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

1. Jam Buka Pelayanan Laboratorium 24 Jam

Judul	Jam buka pelayanan Laboratorium 24 jam
Dimensi mutu	Akses pelayanan, Kompetensi, Kesiambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Laboratorium 24 jam di rumah sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah Laboratorium selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan

Sumber data	Laporan bulanan
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penyerahan hasil laboratorium yang sesuai dengan identitas pasien yang diperiksa dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 bulan
Sumber data	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	78%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium /Unit Mutu Rumah Sakit

Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertise laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertise adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	100
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

5. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium < 140 menit (kimia darah dan darah rutin)

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise sebesar < 140 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien < 140 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey

H. Pelayanan Bedah Central

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan maksimal 14 hari
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi/sayatan operasi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	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
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

3. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kasa, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. Monitoring pasien *pre, durante* dan *post anasthesi*

Judul	Monitoring pasien <i>pre, durante</i> dan <i>post anasthesi</i>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan monitoring <i>anasthesi</i> untuk memperlancar proses dan keberhasilan pembedahan.
Definisi operasional	Monitoring pasien berupa rangkaian tindakan <i>anasthesi</i> yang dilaksanakan sebelum, selama dan sesudah operasi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Anasthesi

6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah central terhadap keselamatan pasien.
Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/komite medis

7. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anastesi 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 anastesi maupun tindakan pembedahan sebesar
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien

I. Pelayanan Farmasi

1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi maksimal 30 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang survey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	84%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan maksimal 60 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang survey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	84%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
-------	------------------------------------------------

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat; 2. Salah dalam memberikan dosis; 3. Salah orang; 4. Salah jumlah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 60)
Sumber data	Survey
Standar	74%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

5. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien

data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

J. Pelayanan Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang ditentukan .
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	84%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi

2. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet sesuai dengan pesanan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi

3. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	< 20 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi

K. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Akses, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap penanganan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai jenazah sampai di kamar jenazah hingga ditangani oleh petugas pemulasaraan jenazah maksimal 15 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah jenazah yang ditangani maksimal 15 menit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh jenazah yang ditangani dalam 1 bulan

L. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan
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 60 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	88%
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan untuk tiap-tiap alat sesuai jadwal
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan sesuai jadwal dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	88%

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

Judul	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

M. Pelayanan Radiologi

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Bukan Cito

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto bukan Cito
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan foto yang bukan cito adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise maksimal 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto bukan cito maksimal 24 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah semua pasien yang difoto bukan cito dalam satu bulan
Sumber Data	Register Instalasi Radiologi
Standar	88%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksanaan Expertise Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	Pelaksanaan Expertise Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

	pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisis	3 (tiga) 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 Instalasi Radiologi
Standar	99 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Register Instalasi Radiologi
Standar	2%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	74 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

N. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

1. Ketersediaan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Judul	Tersedianya anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Definisi operasional	Adalah anggota tim PPI RS yang telah mengikuti pelatihan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI RS yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI RS
Sumber data	Kepegawaian dan Diklat
Standar	75%
Penanggungjawab	Ketua Tim PPI RS

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tersedianya APD disetiap 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/barak schort, apron di seluruh instalasi Rumah Sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Observasi di semua instalasi
Standar	88%
Penanggungjawab	Ketua Tim PPI RS

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi
-------	---------------------------------------------------------

Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi rawat inap meliputi 3 parameter (ILO, ILI/Phlebitis, Dekubitus)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah ruangan rawat inap yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah ruangan rawat inap yang tersedia
Sumber data	Observasi
Standar	100%
Penanggungjawab	Ketua Tim PPI RS

O. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal oleh Dokter terlatih atau Bidan

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal Oleh Dokter terlatih atau Bidan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter terlatih atau bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter terlatih atau bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Ka SMF Kandungan dan Kebidanan

2. Kemampuan Menangani BBLR 1500gr-2500gr Tanpa Penyulit

Judul	Kemampuan Menangani BBLR 1500gr-2500gr Tanpa Penyulit
-------	-------------------------------------------------------

operasional	2500gr tanpa penyulit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500gr-2500gr tanpa penyulit yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500gr-2500gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis, register ruang perinatologi
Standar	88%
Penanggungjawab	Ka SMF Kandungan dan Kebidanan

3. Kejadian Kematian Ibu Bersalin Karena Perdarahan

Judul	Kejadian Kematian Ibu Bersalin Karena Perdarahan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	< 1 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu

4. Kejadian Kematian Ibu Bersalin karena Pre Eklamsi

Judul	Kejadian kematian ibu bersalin karena Pre Eklamsi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pre eklamsi

	<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg; - Proteinuria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif; - Oedem tungkai. <p>Eklamsi adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena preeklamsi
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan preeklamsi
Sumber data	Rekam Medis
Standar	< 30 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu

5. Kejadian Kematian Ibu Bersalin karena Sepsis

Judul	Kejadian Kematian Ibu Bersalin karena Sepsis
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena sepsis Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan sepsis
Sumber data	Rekam Medis
Standar	< 0,2 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu

6. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim PONEK yang terlatih

Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim Ponek yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga Tim Ponek yang terlatih
Denominator	Jumlah seluruh tenaga pemberi pelayanan persalinan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu

7. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter Sp.Anak, dokter Sp.Anestesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter Sp.Anak dan dokter Sp.Anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite mutu

8. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisiensi

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 20 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu

9. Keluarga Berencana Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB Mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medis dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Bidang Pelayanan Medis

10. Konseling Keluarga Berencana Mantap

Judul	Konseling Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta konseling KB Mantap

11. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Tim Mutu

P. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh bagian/bidang terkait, terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam 1 bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Notulen rapat

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUD Kota Bandung

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUD Kota Bandung
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah media pertanggungjawaban yang berisi informasi capaian kinerja instansi pemerintah yang dapat digunakan sebagai komunikasi pertanggungjawaban dari peningkatan kinerja instansi pemerintah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 1 tahun sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan dalam 1 tahun terkirim sebelum 31 Maret pada tahun berikutnya
Denominator	Jumlah akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	Bagian/Instalasi/Unit terkait
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bidang Program dan Pemasaran

3. Ketepatan Waktu Usulan Kenaikan Pangkat Pilihan

Judul	Ketepatan Waktu Usulan Kenaikan Pangkat Pilihan
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya penghargaan dan kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan pangkat pilihan adalah kepercayaan dan penghargaan yang diberikan kepada pegawai negeri sipil atas prestasi kerja yang tinggi. Usulan kenaikan pangkat pilihan sudah diajukan oleh Direktur RSUD Kota Bandung selambat-lambatnya 3 bulan sebelum waktu kenaikan pangkat tersebut

Numerator	Jumlah pegawai yang naik pangkat tepat waktu sesuai dengan periode kenaikan pangkat pilihan dalam 1 tahun yang ditetapkan tanggal 1 April dan 1 Oktober
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya naik pangkat pilihan dalam 1 tahun
Sumber data	Sub. Bag. Pengembangan SDM
Standar	80%
Penanggungjawab Pengendalian	Kepala Bagian Umum & Keuangan
Penanggungjawab Pelaksanaan	Kepala Sub. Bag. Pengembangan SDM

4. Ketepatan Waktu Usulan Kenaikan Pangkat Regular

Judul	Ketepatan Waktu Usulan Kenaikan Pangkat Regular
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya penghargaan dan kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan pangkat reguler adalah kepercayaan dan penghargaan yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai terhadap negara. Usulan kenaikan pangkat reguler sudah diajukan oleh Direktur RSUD Kota Bandung ke BKD Kota Bandung selambat-lambatnya 3 bulan sebelum waktu kenaikan pangkat tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang naik pangkat reguler tepat waktu sesuai dengan periode kenaikan pangkat reguler dalam 1 tahun yang ditetapkan tanggal 1 April dan 1 Oktober
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya naik pangkat reguler dalam 1 tahun
Sumber data	Sub. Bag. Pengembangan SDM
Standar	100%
Penanggungjawab Pengendalian	Kepala Bagian Umum & Keuangan
Penanggungjawab Pelaksanaan	Kepala Sub. Bag. Pengembangan SDM

5. Ketepatan Waktu Penerbitan SK Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan waktu penerbitan SK Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No.8/1974,UU No.43/1999). Penerbitan SK kenaikan gaji berkala setiap 2 tahun per pegawai negeri sipil
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
Sumber data	Sub. Bag. Pengembangan SDM
Standar	100%
Penanggungjawab Pengendalian	Kepala Bagian Umum & Keuangan
Penanggungjawab Pelaksanaan	Kepala Sub. Bag. Pengembangan SDM

6. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas SDM
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Terpapar minimal 1 kali pelatihan dalam satu tahun.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan 1 kali per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit

Penanggungjawab Pelaksanaan	Kepala Unit Diklat
-----------------------------	--------------------

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan Sebelum Tanggal 10 Bulan Berikutnya

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan Sebelum Tanggal 10 Bulan Berikutnya
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi neraca, laporan realisasi anggaran dan realisasi pendapatan asli daerah (PAD) harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan selambat-lambatnya tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	Sub. Bag. Keuangan
Standar	88%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Umum dan Keuangan

8. Ketepatan Waktu Penyetoran Penerimaan Tunai 1 x 24 jam

Judul	Ketepatan Waktu Penyetoran Penerimaan Tunai 1 x 24 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Penerimaan Tunai adalah uang tunai sebagai pembayaran dari pasien sesuai pelayanan kesehatan yang diterimanya. Pembayaran tersebut diterima oleh kasir kemudian disetorkan kepada Bendahara Penerimaan dan oleh Bendahara Penerimaan disetorkan ke kas daerah dalam waktu 24 jam sejak uang tersebut diterima oleh Bendahara.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan

Sumber data	Sub. Bag. Keuangan dan Anggaran
Standar	70%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Umum dan Keuangan

9. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	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	Hasil pengamatan
Standar	< 2 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Bagian keuangan

10.Kecepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Kecepatan 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	6 bulan
Periode analisis	6 bulan

Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Bagian Keuangan

P. Pelayanan Rekam Medis

1. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas (Rawat Inap)

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas (Rawat Inap)
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggungjawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan lisan maupun tertulis mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. <i>Informed consent</i> tertulis ditujukan untuk tindakan medis yang invasif. <i>Informed consent</i> lisan ditujukan untuk tindakan medis yang non invasif
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Unit Rekam Medis

2. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas (Rawat Jalan)

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas (rawat jalan)
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggungjawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Unit Rekam Medis

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/temukan oleh petugas maksimal 10 menit
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampai rawat jalan maksimal 10 menit yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru & lama
Standar	88 %
Penanggungjawab	Kepala Unit Rekam Medis

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap
-------	-----------------------------------------------------------

	waktu mulai pasien mulai diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap diterima oleh pendaftar pasien maksimal 10 menit
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampai diterima pendaftar pasien rawat inap maksimal 10 menit yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat inap
Standar	88 %
Penanggungjawab	Kepala Unit Rekam Medis

5. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien selama 24 jam.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total waktu (dalam jam) pelayanan ambulance/kereta jenazah dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat dan Kepala Sub Bagian Umum dan Perlengkapan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul data	Kepala Sub Bagian Umum dan Perlengkapan

2. Kecepatan/Ketanggapan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

Judul	Kecepatan/Ketanggapan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan dan ketanggapan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah yang nyaman dan aman
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	78%

R. Pelayanan Transfusi Darah

1. Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul data	Kepala Unit Bank Darah

2. Kejadian Reaksi transfusi

Judul	Kejadian Reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	0,01 %
Penanggungjawab Pengumpul data	Kepala Unit Bank Darah

S. Pelayanan Keluarga Miskin

Pelayanan Terhadap Pasien Gakin yang Datang ke Rumah Sakit pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan Terhadap Pasien Gakin yang Datang ke Rumah Sakit pada Setiap Unit Pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (Gakin) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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 %
Penanggungjawab Pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

T. Pelayanan Rehabilitasi Medik

1. Kejadian *Drop Out* Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan

Judul	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan.
Definisi operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan sebesar < 50 %
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang <i>drop out</i> yang < 50 % dalam 3 bulan

Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis

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

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

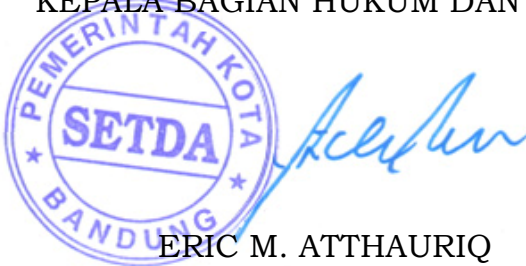
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis

WALIKOTA BANDUNG,

TTD

DADA ROSADA

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM DAN HAM,



ERIC M. ATTHAURIQ
Pembina Tingkat I
NIP. 19711102 199603 1 003

