# LAMPIRAN

Gambar, didalam *central opname* (co). Karya Medika 2 tambun

UNIVERSITAS BRAWIJAYA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

# STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP CO (CENTRAL OPNAME).RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA 2

**NO.012/Pers/RSKM II/II/8**

Pengawasan mutu, yaitu proses produk pelayanan diperiksa dan dievaluasi dibandingkan dengan kebutuhan yang diinginkan pelanggan/pasien. Monitoring dan evaluasi tidak diragukan betapa pentingnya dalam proses manajerial. Adanya kedua hal ini untuk menjamin efektivitas dan efisiensi proses pelayanan yang terselenggara. Evaluasi bisa digunakan untuk pembanding target pasien / pelayanan yang ditentukan dengan yang dicapai, waktu sekarang dengan sebelumnya. Pengawasan perlu dilakukan secara rutin. Dalam pengawasan mutu di unit rawat inap, Berdasarkan standar mutu pelayanan pasin kami perhitungkan waktu yang tepat untuk pasien rawat inap yaitu sekitar 30 menit hingga 60 menit waktu pelayanan, dari pasien datang hingga pasien selesai dilayani.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
**NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Menimbang : a. bahwa dengan berlakunya Otonomi Daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajad kesehatan masayarakat diwilayahnya;

b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada mayarakat memiliki peran yang sangat 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. dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal Rumah Sakit yang wajib dimiliki oleh Rumah Sakit.

d. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, b, dan c di atas diperlukan Suatu Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang ditetapkan dnegan Keputusan Menteri Kesehatan.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (lembaran negara RI Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);

2. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 15 tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);

5. Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan *Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah* (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4585);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/SK/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis / Medical Report;
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1575/Menkes/SK/Per/I/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan :**

**Kesatu** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

**Kedua** : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam lampiran ini.

**Ketiga** : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada Diktum Kedua agar digunakan sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan.

**Keempat** : Setiap Rumah Sakit agar menyesuaikan dengan Standar Pelayanan Minimal ini dalam waktu 2 (dua) tahun sejak Keputusan ini ditetapkan.

**Kelima** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : J a k a r t a
Pada tanggal : 6 Februari 2008

**MENTERI KESEHATAN RI,**

**DR. Dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K)**

# BAB I

# PENDAHULUAN

## A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat ( I) perubahan Undang – undang Dasar Negara Repubrik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas perayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaran pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf keejahteraan mesyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan : 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 negara secara minimal. Ayat 7. Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuh didalarn pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Ayat 8. Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial ekonomi dan pemerintahan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

## B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan / rumus / pembilangan penyebut / standar / satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

## C. PENGERTIAN

**Umum:**

1. **Standar Pelayanan Minimal:**
   adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

2. **Rumah Sakit:**
   adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

**Definisi Operasional:**

1. **Jenis Pelayanan** adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. **Mutu Pelayanan** adalah
3. **Dimensi Mutu** adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standa WHO.
4. **Kinerja** adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. **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 perubahane terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. **Standar** adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. **Definisi operasional:** dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator
8. **Frekuensi pengumpulan data** adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator
9. **Periode analisis** adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan
10. **Pembilang (numerator)** adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja
11. **Penyebut (denominator)** adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja
12. **Standar** adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai
13. **Sumber data** adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan

## D. PRINSIP PENYUSUPAN DAN PENETAPAN SPM

Di dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. **Konsensus,** berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
2. **Sederhana, SPM** disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
3. **Nyata, SPM** disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis:
4. **Terukur,** seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
5. **Terbuka,** SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat:
6. **Terjangkau,** SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
7. **Akuntabel,** SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik;
8. **Bertahap,** SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampun keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM

## E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992, tentang Kesehatan,
2. Undang-Undang Nomor I7 tahun 2003 tentang Keuangan Negara
3. Undang-Undang Nomor I tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
4. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah,,
5. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2000 tentang program Pembangunan Nasional tahun 2000 – 2005,
6. Peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenanga Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom,
7. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggara Pemerintah Daerah,
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2003 tentang pedoman organisasi perangkat daerah (Lembaran Negara tahun 2001No. 14, tambahan lembaran negara No. 42621)
9. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah.
10. Peraturan Presiden No. 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan organisasi dan Tata Kerja Kementrian Negara RI sebagaimana telah beberapa kali diiubah terakhir dengan Peraturan Presiden No. 62 Tahun 2005
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum,
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah,
13. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal,
14. Keputusan Menteri pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik,
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 61 / Menkes/ SK /I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Propinsi, Kabupaten/ Kota dan Rumah Sakit
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 / MenKes/SK/ III/ 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minirnal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah
17. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575/ Menkes/ SK / II /2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 6 tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis tentang penyusunan dan penetapan Standar Pelayanan Minimal,

# BAB II

## SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

**Bab I** Pendahuluan yang terdiri dari;
- a. Latar Belakang
- b. Maksud dan tujuan
- c. Pengertian umum dan khusus
- d. Landasan Hukum

**Bab II** Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

**Bab III** Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit terdiri dari:
- a. Jenis Pelayanan
- b. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

**Penutup**

**Lampiran**

UNIVERSITAS BHAYANGKARA JAKARTA RAYA
BIKSA MAHWASTU DASI

# BAB III

## STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan indikator dan standar pencapaiain kinerja pelayanan rumah sakit.

### A. Jenis – jenis pelayanan rumah sakit

Jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegah Pengendalian Infeksi

### B. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

Adapun Standar Pelayanan minimal untuk setiap pelayanan, indicator dan standar dapat dilihat pada ***lampiran 1***. Semnetara rinciannya dapat dilihat pada ***lampiran 2***.

# BAB IV

# PERAN PUSAT, PROVINSI, DAN KABUPATENIKOTA

Peran Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

**I. Pengorganisasian:**

a. Gubernur/Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota

b. Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota

**2. Pelaksanaan dan Pembinaan**

a. Rumah Sakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang disusun dan disahkan oleh Kepala Daerah

b. Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal

c. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota

d. Fasilitasi dimaksud butir a dalam bentuk pemberian standar teknis,pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
   1). Perhitungan kebutuhan Pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal
   2). Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM
   3). Penilaian pengukuran kinerja
   4). Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan standar pelayanan minmal rumah sakit

**3. Pengawasan**

a. Gubernur/Bupati/walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal rumahsakit di daerah masing-masing

b. Gubernur/Bupati/Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan rumahsakit sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan

# BAB V
# PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah/pemerintah provinsi/pemerintah kabupaten/kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing daerah sejak ditetapkan pada tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit. SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Buku SPM ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

UNIVERSITAS PANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

*LAMPIRAN 1*

**SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar**

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
|---|---|---|---|
| 1. | Gawat Darurat | 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 1. 100 % |
| | | 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat | 2. 24 Jam |
| | | 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | 3. 100 % |
| | | 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana | 4. Satu tim |
| | | 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat | 5. ≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang |
| | | 6. Kepuasan Pelanggan | 6. ≥ 70 % |
| | | 7. Kematian pasien< 24 Jam | 7. ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap *setelah 8 jam)* |
| | | 8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam | 8. 100 % |
| | | 9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 9. 100% |
| 2. | Rawat jalan | 1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis | 1. 100 % Dokter Spesialis |
| | | 2. Ketersediaan Pelayanan | 2.<br>a. Klinik Anak<br>b. Klimik Penyakit dalam<br>c. Klinik Kebidanan<br>d. Klinik Bedah |
| | | 3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa | 3.<br>a. Anak Remaja<br>b. NAPZA<br>c. Gangguan Psikotik<br>d. Gangguan<br>e. Neurotik<br>f. Mental Retardasi<br>g. MentalOrganik<br>h. UsiaLanjut |
| | | 4. Jam buka pelayanan | 4. 08.00 s/d 13.00<br>Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00 |
| | | 5. Waktu tunggu di rawat jalan | 5. ≤ 60 menit |
| | | 6. Kepuasan Pelanggan | 6. ≥ 90 % |
| | | 7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB<br>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 7. a. ≥ 60 %<br>b. ≤ 60 % |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA JAKARTA RAYA

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
|---|---|---|---|
| 3. | Rawat Inap | 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap | 1. a. Dr. Spesialis<br>b. Perawat minimal pendidikan D3 |
| | | 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 2. 100 % |
| | | 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | 3. a. Anak<br>b. Penyakit Dalam<br>c. Kebidan<br>d. Bedah |
| | | 4. Jam Visite Dokter Spesialis | 4. 08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja |
| | | 5. Kejadian infeksi pasca operasi | 5. ≤ 1,5 % |
| | | 6. Kejadian Infeksi Nosokomial | 6. ≤ 1,5 % |
| | | 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian | 7. 100 % |
| | | 8. Kematian pasien > 48 jam | 8. ≤ 0.24 % |
| | | 9. Kejadian pulang paksa | 9. ≤ 5 % |
| | | 10. Kepuasan pelanggan | 10. ≥ 90 % |
| | | 11. Rawat Inap TB<br>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB<br>b. Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit | 11.<br>a. ≥ 60 %<br>b. ≥ 60 % |
| | | 12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa | 12. NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik |
| | | 1 3. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri | 13. 100 % |
| | | 14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan | 14. 100 % |
| | | 15. Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa | 15. ≤ 6 minggu |

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
|---|---|---|---|
| 4. | Bedah Sentral (Bedah saja) | 1. Waktu tunggu operasi elektif | 1. ≤ 2 hari |
| | | 2. Kejadian Kematian di meja operasi | 2. ≤ 1 % |
| | | 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 3. 100 % |
| | | 4. Tidak adanya kejadian opersi salah orang | 4. 100 % |
| | | 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 5. 100 % |
| | | 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 6. 100 % |
| | | 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube | 7. ≤ 6 % |
| 5. | Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan | 1. a. Perdarahan ≤ 1 %<br>b. Pre-eklampsia ≤ 30 %<br>c. Sepsis ≤ 0,2 % |
| | | 2. Pemberi pelayanan persalinan normal | 2. a. Dokter Sp.OG<br>b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)<br>c. Bidan |
| | | 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | 3. Tim PONEK yang terlatih |
| | | 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | 4. a. Dokter Sp.OG<br>b. Dokter Sp.A<br>c. Dokter Sp.An |
| | | 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr | 5. 100 % |
| | | 6. Pertolongan persalinan *melalui seksio cesaria* | 6. ≤ 20 % |
| | | 7. Keluarga Berencana<br>a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih<br>b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih | 7. 100 % |
| | | 8. Kepuasan Pelanggan | 8. ≥ 80 % |

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
|---|---|---|---|
| 6. | Intensif | 1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | 1. ≤ 3 % |
| | | 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif | 2. a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani<br>b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4) |
| 7. | Radiologi | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | 1. ≤ 3 jam |
| | | 2. pelaksana ekspertisi | 2. Dokter Sp.Rad |
| | | 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen | 3. Kerusakan foto ≤ 2 % |
| | | 4. Kepuasan pelanggan | 4. ≥ 80 % |
| 8. | Lab. Patologi Klinik | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. | 1. ≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin |
| | | 2. Pelaksana ekspertisi | 2. Dokter Sp.PK |
| | | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium | 3. 100 % |
| | | 4. Kepuasan pelanggan | 4. ≥ 80 % |
| 9. | Rehabilitasi Medik | 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan | 1. ≤ 50 % |
| | | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 2. 100 % |
| | | 3. Kepuasan Pelanggan | 3. ≥ 80 % |
| 10. | Farmasi | 1. waktu tunggu pelayanan<br>a. Obat Jadi<br>b. Racikan | 1. a. ≤ 30 menit<br>b. ≤ 60 menit |
| | | 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pernberian obat | 2. 100 % |
| | | 3. Kepuasan pelanggan | 3. ≥ 80 % |
| | | 4. Penulisan resep sesuai formularium | 4. 100 % |
| 11. | Gizi | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 1. ≥ 90 % |
| | | 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | 2. ≤ 20 % |
| | | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 3. 100 % |

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
|---|---|---|---|
| 12. | Transfusi Darah | 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi<br>2. Kejadian Reaksi transfusi | 1. 100 % terpenuhi<br>2. ≤ 0,01 % |
| 13. | Pelayanan GAKIN | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100 % terlayani |
| 14. | Rekam Medik | 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan<br>2. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas<br>3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan<br>4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | 1. 100 %<br>2. 100 %<br>3. ≤ 10 menit<br>4. ≤ 15 menit |
| 15. | Pengelolaan Limbah | 1. Baku mutu limbah cair<br>2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | 1. a. BOD < 30 mg/l<br>b. COD < 80 mg/l<br>c. TSS < 30 mg/l<br>d. PH 6-9<br>2. 100 % |
| 16. | Administrasi dan manajemen | 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi<br>2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja<br>3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat<br>4. Ketepan Waktu pengurusan gaji berkala<br>5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun<br>6. Cost recovery<br>7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan<br>8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap<br>9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 1. 100 %<br>2. 100 %<br>3. 100 %<br>4. 100 %<br>5. ≥ 60 %<br>6. ≥ 40 %<br>7. 100 %<br>8. ≤ 2 jam<br>9. 100 % |

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
|---|---|---|---|
| 17. | Ambulance/Kereta Jenazah | 1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah | 1. 24 jam |
| | | 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit | 2. ≤ 230menit |
| | | 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | 3. (?) Sesuai ketentuan daerah (?) |
| 18. | Pemulasaraan Jenazah | 1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah | ≤ 2 Jam |
| 19. | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≤ 80 % |
| | | 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100 % |
| | | 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100 % |
| 20. | Pelayanan Laundry | 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100 % |
| | | 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100 % |
| 21. | Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) | 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih | Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % |
| | | 2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen | 60 % |
| | | 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) | 75 % |

*LAMPIRAN 2*

**URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

## I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

### 1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

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

### 2. Jam buka pelayanan gawat darurat

| | |
|---|---|
| Judul | **Jam buka pelayanan Gawat darurat** |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber Data | Laporan Bulanan |
| Standar | 24 Jam |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

### 3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

| | |
|---|---|
| Judul | **Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS** |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan |
| Definisi Operasional | Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit |

**4. Ketersediaan tim penanggulanagan bencana**

| | |
|---|---|
| Judul | **Ketersediaan tim penanggulanagan bencana** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana |
| Definisi Operasional | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | satu tim |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

**5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat**

| | |
|---|---|
| Judul | **Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejakkedatanagan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di sampling (*minimal n = 50*) |
| Sumber Data | Sample |
| Standar | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

**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 di berikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | 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 | ≥ 70 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

**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 |
| Periode Analisa | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang |
| Denominator | Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 2 perseribu |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

**8. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)**

| Judul | **Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan Keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa |
| Definisi Operasional | Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidaklagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

**9. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka**

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

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

| Judul | **Pemberi pelayanan di klinik spesialis** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Kompetensi tehnis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten |
| Definisi Operasional | Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Register rawat jalan poliklinik spesialis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

### 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

| Judul | **Ketersediaan pelayanan rawat jalan** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat jalan |
| Standar | Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

### 3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

| Judul | **Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat jalan |
| Standar | Minimal<br>a. NAPZA<br>b. Gangguan Psikotik<br>c. Gangguan Neurotik<br>d. Gangguan Organik |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

**4. Buka pelayanan sesuai ketentuan**

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

**5. Waktu tunggu di Rawat Jalan**

| Judul | **Waktu tunggu di Rawat Jalan** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis |
| *Frekuensi* Pengumpulan Data | *1 bulan* |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey |
| Sumber Data | Survey Pasien rawat jalan |
| Standar | ≤ 60 menit |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu |

**6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan**

| Judul | **Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (*minimal n = 50*) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu |

**7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

| Judul | **Pasien rawat jalan tuberkulosis 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 follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga 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 tiga bulan |
| Sumber Data | Register rawat jalan, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

## III. PELAYANAN RAWAT INAP

**1. Pemberi pelayanan rawat inap**

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

**2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap**

| Judul | **Dokter penanggung jawab pasien rawat inap** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Kompetensi tehnis, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan |
| Definisi Operasional | Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat inap |

**3. Ketersediaan pelayanan rawat inap**

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

**4. Jam visite dokter spesialis**

| Judul | **Jam visite dokter spesialis** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Akses, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan |
| Definisi Operasional | Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiaphari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu |

**5. Kejadian infeksi pasca operasi**

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

**6. 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 dialamioleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber Data | Survei, laporan infeksi nosokomial |
| Standar | ≤ 1,5 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu |

**7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian**

| Judul | **Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | tiap bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian |
| Denominator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala instalasi rawat inap |

**8. Kematian Pasien > 48 Jam**

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

**9. Kejadian pulang paksa**

| Judul | **Kejadian pulang paksa** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 5 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Ketua komite mutu/tim mutu |

**10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap**

| Judul | **Kepuasan Pelanggan Rawat Inap** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvey (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Ketua komite mutu/tim mutu |

**11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

| Judul | **Pasien rawat Inap tuberkulosis 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 penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan |
| Sumber Data | Register rawat inap, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat inap |

**12. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa**

| Judul | **Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis – jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat inap |
| Standar | Minimal<br>a. NAPZA<br>b. Gangguan Psikotik<br>c. Gangguan Neurotik<br>d. Gangguan Organik |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat inap |

**13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri**

| Judul | **Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif |
| Definisi Operasional | Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluru pasien yang dirawat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Komite medik/mutu |

**14. Kejadian (*re-admision*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu≤ 1 bulan**

| Judul | **Kejadian (*re-admision*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, Kompetensi tehnis |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif |
| Definisi Operasional | Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu≤ 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluru pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Komite medik/mutu |

**15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa**

| Judul | **Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif |
| Definisi Operasional | Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah rerata perawtan pasien gangguan jiwa 6 minggu |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 6 minggu |
| Penanggung jawab | Komite medik/mutu |

## IV. BEDAH SENTRAL

### 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 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 2 hari |
| Penanggung jawab | Ketua instalasi bedah sentral |

### 2. Kejadian kematian dimeja operasi

| Judul | **Kejadian kematian dimeja operasi** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | Tiap bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤ 1 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

### 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

| 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 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 |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

**4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

| Judul | **Tidak adanya kejadian operasi salah orang** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya 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 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 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

**5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

| Judul | **Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi** |
|---|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan |
| Definisi Operasional | Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 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 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/komite medis |

**6. 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 | Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing sepertikapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tundakan suatu pembedahan |
| Definisi Operasional | Kejadian salah satu 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 waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

**7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube**

| | |
|---|---|
| Judul | **Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung |
| Definisi Operasional | Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 6 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

## V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

### 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

| Judul | **Kejadian kematian ibu karena persalinan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan. |
| Definisi operasional | Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.<br>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.<br>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :<br>- Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg<br>- Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati<br>- Oedem tungkai<br>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.<br>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.<br>Partus lama adalah..... |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis |
| Denominator | Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis. |
| Sumber data | Rekam medis rumah sakit |
| Standar | Pendarahan $\leq$ 1% pre-eklampsia $\leq$ 30%, sepsis $\leq$ 0,2% |
| Penanggung jawab | Komite medik |

### 2. Pemberi pelayanan persalinan normal

| Judul | **Pemberi pelayanan persalinan normal** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal. |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal. |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

### 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

| Judul | **Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih). |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih. |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber data | Kepegawaian dan rekam medis |
| Standar | Tersedia |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

**4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi**

| Judul | **Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi. |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

**5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr**

| Judul | **Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR |
| Definisi operasional | BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani |
| Denominator | Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Komite medik/Komite mutu |

**6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**

| Judul | **Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas, keselamatan dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien. |
| Definisi operasional | Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 100% |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

**7.a. Keluarga Berencana**

| Judul | **Keluarga Berencana Mantap** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap |
| Tujuan | Mutu dan kesinambungan pelayanan |
| Definisi operasional | Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jenis pelayanan KB mantap |
| Denominator | Jumlah peserta KB |
| Sumber data | Rekam medik dan laporan KB rumah sakit |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Direktur Pelayanan Medik |

**7.b. Konseling KB Mantap**

| Judul | **Keluarga Berencana Mantap** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Ketersediaan kontrasepsi mantap |
| Tujuan | Mutu dan kesinambungan pelayanan |
| Definisi operasional | Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah konseling layanan KB mantap |
| Denominator | Jumlah peserta KB mantap |
| Sumber data | Laporan unit layanan KB |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Direktur Pelayanan Medik |

**8. Kepuasan Pelanggan**

| Judul | **Kepuasan Pelanggan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥ 80% |
| Penanggung jawab | Ketua komite mutu/tim mutu |

## VI. PELAYANAN INTENSIF

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

| Judul | **Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif |
| Definisi operasional | Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan. |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 3% |
| Penanggung jawab | Komite mudik/mutu |

**2. Pemberi pelayanan unit intensif**

| Judul | **Pemberi pelayanan 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/setara |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Komite medik/mutu |

## VII. RADIOLOGI

**1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto**

| Judul | **Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan. |
| Denominator | Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut. |
| Sumber data | rekam medis |
| Standar | ≤ 3% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi radiologI |

**2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan**

| Judul | **Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kompetensi tehnis |
| Tujuan | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan. |
| Sumber data | Register di Instalasi Radiologi |
| Standar | 100 % |
| 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 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan |
| Sumber data | Register radiology |
| Standar | ≤ 2 % |
| 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 radiology |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung jawab | Ketua komite mutu/tim mutu |

## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

**1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium**

| Judul | **Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut. |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤ 140 menit (manual) |
| *Penanggung jawab* | *Kepala Instalasi Laboratorium* |

**2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium**

| Judul | **Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis. |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan |
| Sumber data | Register di instalasi laboratorium |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi laboratorium |

**3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium**

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

**4. Kepuasan pelanggan**

| Judul | **Kepuasan pelanggan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

## IX. REHABILITASI MEDIK

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

| Judul | **Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kesinambungan pelayanan dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan |
| Definisi operasional | Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan. |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 50% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik |

**2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik**

| Judul | **Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik |
| Definisi operasional | Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan 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 medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rehabilitas Medik |

**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 rehabilitas medik. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | >80 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rehabilitas Medik |

## X. FARMASI

**1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi**

| Judul | **Waktu tunggu pelayanan obat jadi** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut. |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤30 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Farmasi |

**1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan**

| Judul | **Waktu tunggu pelayanan obat racikan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut. |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤60 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Farmasi |

**2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat**

| Judul | **Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat |
| Definisi operasional | Kesalahan pemberian obat meliputi :<br>1. Salah dalam memberikan jenis obat<br>2. Salah dalam memberikan dosis<br>3. Salah orang<br>4. Salah jumlah |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Farmasi |

**3. Kepuasan Pelanggan**

| | |
|---|---|
| Judul | **Kepuasan pelanggan** |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥80% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Farmasi |

**4. Penulisan resep sesuai formularium**

| | |
|---|---|
| *Judul* | ***Penulisan resep sesuai formularium*** |
| Dimensi mutu | Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien |
| Definisi operasional | Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Farmasi |

XI. 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 telah ditentukan. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥90% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

**2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

| Judul | **Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas dan efisien |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit) |
| Frekuensi *pengumpulan data* | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥20% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

**3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet**

| Judul | **Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keamanan, efisien |
| Tujuan | Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet. |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

## XII. TRANSFUSI DARAH

**1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi**

| Judul | **Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah. |
| Definisi operasional | 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 | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah |

**2. Kejadian reaksi transfusi**

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

## XIII. PELAYANAN GAKIN

**1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan**

| Judul | **Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS 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% |
| Penanggung jawab | Direktur Rumah Sakit |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

## XIV. REKAM MEDIK

**1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan**

| Judul | **Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik. |
| Definisi operasional | Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap |
| Denominator | Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan. |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik. |

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

| Judul | **Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan. |
| Definisi operasional | Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan. |
| Denominator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medik |

**3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan**

| Judul | **Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas, kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan |
| Definisi operasional | Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas. |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati |
| Denominator | Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100). |
| Sumber data | Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama. |
| Standar | Rerata ≤ 10 menit |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medis |

**4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap**

| Judul | **Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektifitas, kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap |
| Definisi operasional | Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien. |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati |
| Denominator | Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati |
| Sumber data | Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan |
| Standar | Rerata $\leq$ 15 menit |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medis |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

## XV. Pengolahan Limbah

### 1. Baku mutu limbah cair

| Judul | **Baku mutu limbah cair** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit |
| Definisi operasional | Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator :<br>BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter<br>COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter<br>TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter<br>PH : 6-9 |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu. |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair. |
| Sumber data | Hasil pemeriksaan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala IPRS |

### 2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

| Judul | **Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit |
| Definisi operasional | Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :<br>1. Sisa jarum suntik<br>2. Sisa ampul<br>3. Kasa bekas<br>4. Sisa jaringan<br>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati |
| Denominator | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala IPRS / Kepala K3 RS |

## XVI. Administrasi dan Manajemen

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

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

### 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

| Judul | **Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan. |
| Definisi operasional | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.<br>Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 3 tahun |
| Numerator | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun |
| Sumber data | Bagian Tata Usaha |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Direktur |

### 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

| Judul | **Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas, efisiensi, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai. |
| Definisi operasional | Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun. |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun. |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Bagian Tata Usaha |

**4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala**

| Judul | **Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai |
| Definisi operasional | Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999) |
| Frekuensi pengumpulan data | Satu tahun |
| Periode analisis | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun. |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun. |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Bagian Tata Usaha |

**5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun**

| Judul | **Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia |
| Definisi operasional | Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun. |
| Frekuensi pengumpulan data | Satu tahun |
| Periode analisis | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | ≥60% |
| Penanggung jawab | Kepala Bagian Tata Usaha |

**6. Cost Recovery**

| Judul | **Cost recovery** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efisiensi, efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit |
| Definisi operasional | Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | ≥40% |
| Penanggung jawab | Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan |

**7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

| Judul | **Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit |
| Definisi operasional | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas<br>Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiga bulan |
| Periode analisis | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan |
| Denominator | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan |

**8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap**

| Judul | **Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap |
| Definisi operasional | Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan.<br>Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien. |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | ≤ 2 jam |
| Penanggung jawab | Bagian Keuangan |

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

| Judul | **Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas, |
| Tujuan | Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan. |
| Definisi operasional | Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan. |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap 6 bulan |
| Periode analisis | Tiap 6 bulan |
| Numerator | Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif |
| Denominator | 6 |
| Sumber data | Catatan di bagian keuangan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Bagian Keuangan |

## XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

**1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah**

| Judul | **Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan. |
| Definisi operasional | Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap bulan |
| Periode analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung jawab | Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah |

**2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit**

| Judul | **Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah |
| Definisi operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan |
| Sumber data | Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah |

**3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan**

| Judul | **Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan** |
|---|---|
| Dimensi mutu | |
| Tujuan | |
| Definisi operasional | |
| Frekuensi pengumpulan data | |
| Periode analisis | |
| Numerator | |
| Denominator | |
| Sumber data | |
| Standar | |
| Penanggung jawab | |

## XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

**1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah**

| Judul | **Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah. |
| Definisi operasional | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Total pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | $\leq$ 2 jam |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi pemulasaraan jenazah |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

## XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

**1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**

| Judul | **Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi operasional | Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Sumber data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung jawab | Kepala IPRS |

**2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

| Judul | **Ketepatan waktu pemeliharaan alat** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan |
| Sumber data | Register pemeliharaan alat |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala IPRS |

**3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.**

| Judul | **Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun |
| Sumber data | Buku register |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

**15. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS**

| Judul | **Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS |
| Definisi operasional | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS. |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan |
| Denominator | Seluruh kasus TB rawat inap di RS |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | 60% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA

**MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS**

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|---|---|---|---|
| 1. | Rawat jalan | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 60% |
| | | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit | 60% |
| 2. | Rawat Inap | c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 60% |
| | | d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit | 60% |

**A. RAWAT JALAN**

**1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)**

| **Judul** | **Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas dan keselamatan |
| Tujuan | Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Definisi operasional | Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan |
| 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 medik |
| Standar | 60% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

**2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS**

| Judul | **Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS |
| Definisi operasional | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS. |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan |
| Denominator | Seluruh kasus TB rawat jalan di RS |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | 60% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

**B. RAWAT INAP**

**1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)**

| Judul | **Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efektivitas dan keselamatan |
| Tujuan | Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Definisi operasional | Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap. |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu |
| Denominator | Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | 60% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rawat inap |

## XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. Tim PPI

| Judul | **Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI |
| Definisi operasional | Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap 3 bulan |
| Periode analisis | Tiap 1 bulan |
| Numerator | Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih |
| Denominator | Jumlah anggota Tim PPI |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Ketua Komite PPI |

### 2. Koordinasi APD

| Judul | **Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya APD di setiap instalasi RS |
| Definisi operasional | Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu 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 | Survey |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI |

### 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

| Judul | **Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS |
| Definisi operasional | Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK) |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan |
| Denominator | Jumlah instalasi yang tersedia |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI RS |

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

## XX. PELAYANAN LAUNDRY

**1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang**

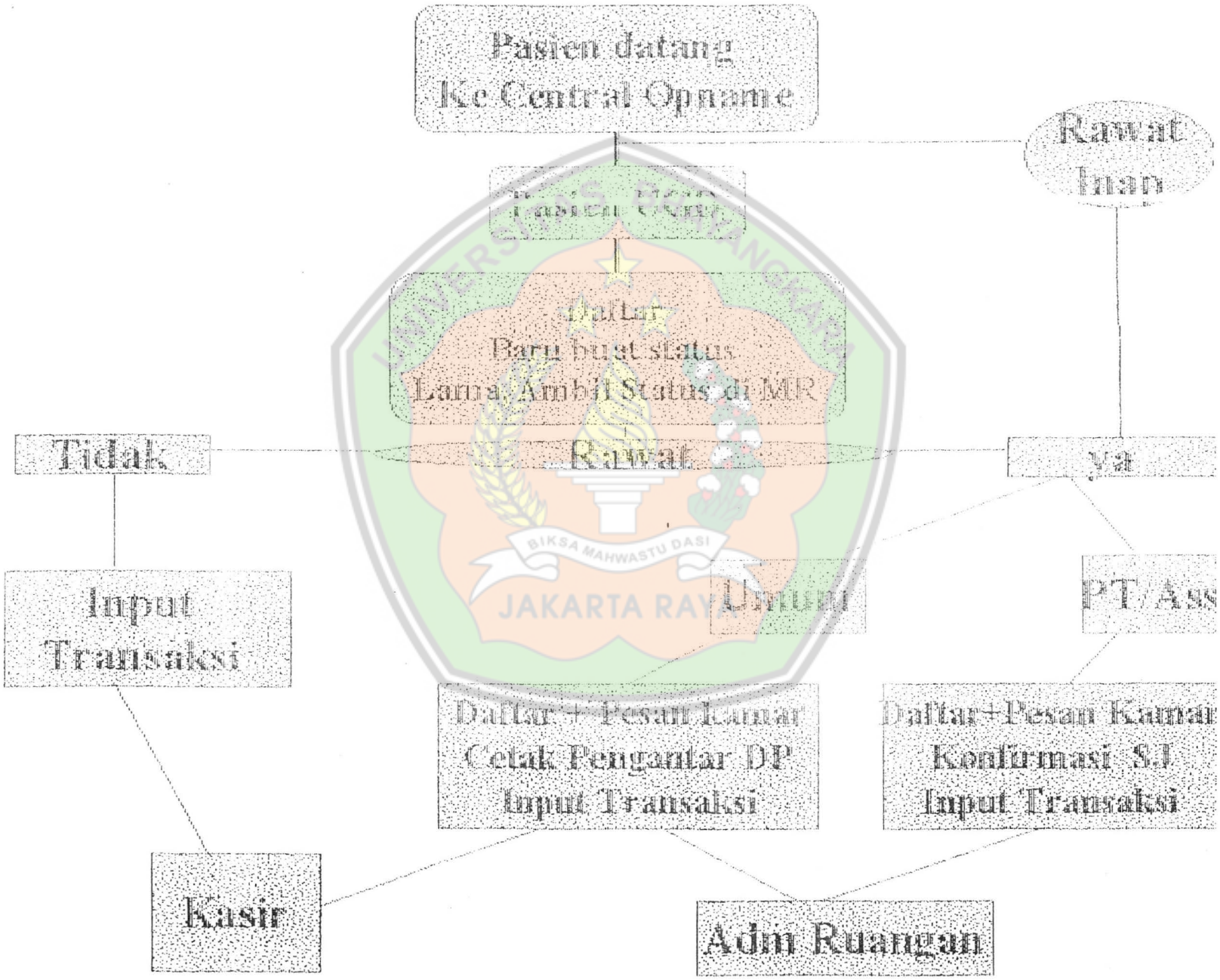
| Judul | **Tidak adanya kejadian linen yang hilang** |
|---|---|
| Dimensi mutu | Efisiensi dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Tidak ada |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laundry |

**2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap**

| Judul | **Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap** |
|---|---|
| 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 waktu yang ditetapkan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laundry |

UNIVERSITAS BHAYANGKARA JAKARTA RAYA

# Alur Pelayanan Central Opname
# RS Karya Medika II Tambun



# DENAH LOKASI GEDUNG BARU
# RS KARYA MEDIKA II

## LANTAI 1
* POLIKLINIK-POLIKLINIK
* KASIR RAWAT JALAN
* APOTIK RAWAT JALAN

## LANTAI 2
* POLIKLINIK-POLIKLINIK
* REHABILITASI / FISIOTERAPI

## LANTAI 3
* RUANG VVIP
* RUANG VIP PLUS

## LANTAI 4
* RUANG ASTER

## LANTAI 5
* SKIN CARE
* GUDANG FARMASI
* GUDANG ALKES / MEDIS
* PERKANTORAN

# DENAH LOKASI GEDUNG LAMA
# RS KARYA MEDIKA II

## LANTAI 1
* LABORATORIUM
* RADIOLOGI
* UGD
* PENDAFTARAN
* KLINIK KEBIDANAN
* KLINIK ANAK
* INFORMASI
* PENERIMAAN PASIEN MASUK

## LANTAI 2
* RUANG MELATI
* RUANG USG
* RUANG MEDICAL CHEK UP
* ADMINISTRASI RAWAT INAP

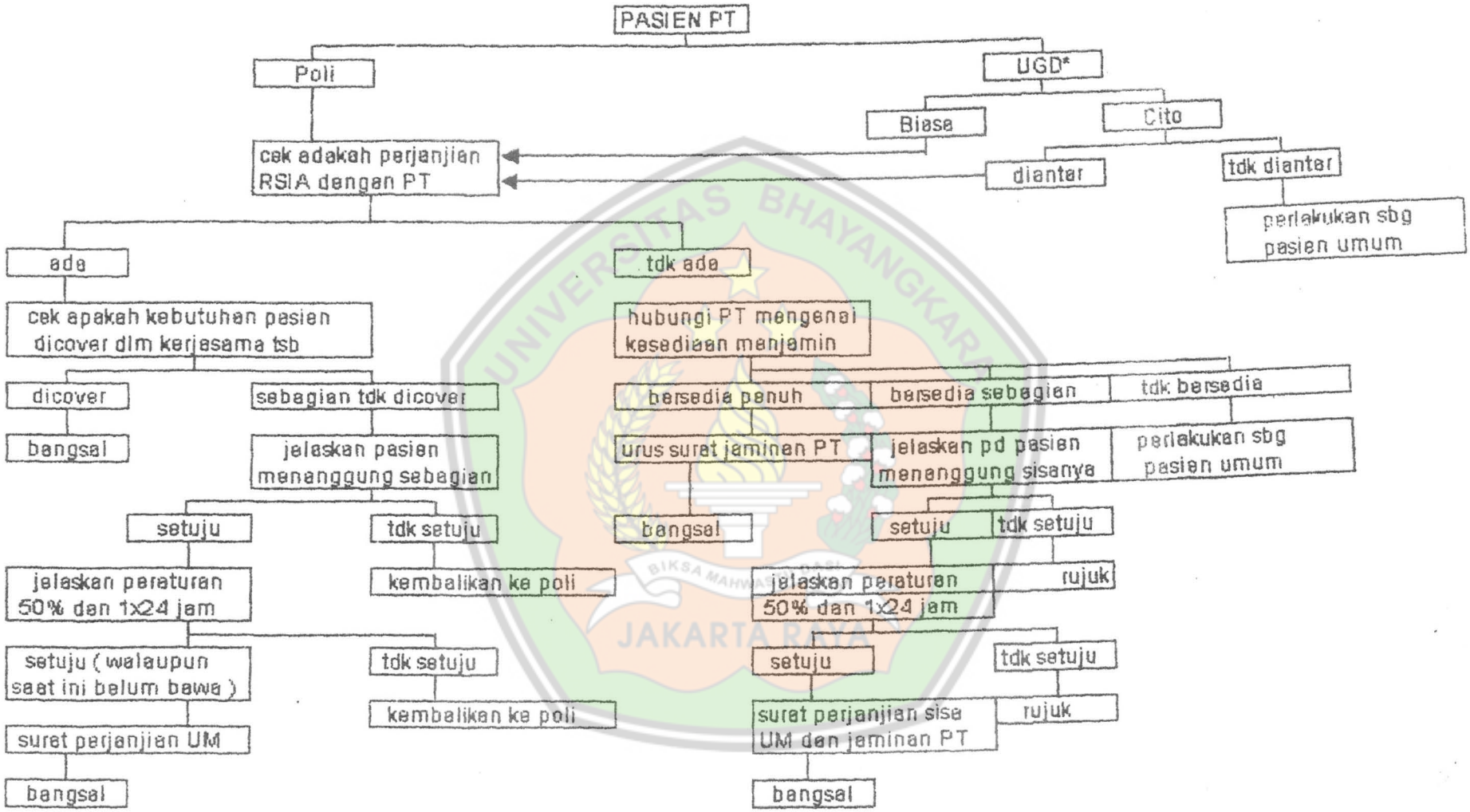
## LANTAI 3
* RUANG LILI
* RUANG SAKURA
* KASIR RAWAT INAP
* ADMINISTRASI RAWAT INAP
* APOTIK RAWAT INAP

## LANTAI 4
* KAMAR OPERASI
* KAMAR BERSALIN
* RUANG BAYI
* ADMINISTRASI RAWAT INAP
* ICU

## LANTAI 5
* PERKANTORAN
* AULA

UNIVERSITAS BHAYANGKARA JAKARTA RAYA

# Alur penerimaan PASIEN PT di Central Opname




* pastikan dulu rekam medis lengkap sementara dokter memberikan pertolongan pertama

UNIVERSITAS BHAYANGKARA
BIKSA MAHWASTU DASI
JAKARTA RAYA