



BUPATI REMBANG

PERATURAN BUPATI REMBANG

NOMOR 11 TAHUN 2013

TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI REMBANG NOMOR 7 TAHUN 2009 TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA  
RUMAH SAKIT UMUMDAERAH dr.R.SOETRASNO REMBANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

BUPATI REMBANG,

- Menimbang :
- a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat harus memiliki standar pelayanan yang bermutu dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati Rembang Nomor 7 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang;
  - b. bahwa berdasarkan evaluasi pelaksanaan Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu melakukan perubahan standart pelayanan minimal guna peningkatan mutu pelayanan;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Rembang Nomor 7 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
  2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengolahan Keuangan Badan Layanan Umum;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159/b/MesKes/PER/II/1988 tentang Rumah Sakit;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 /MenKes/SK/III2002 tentang Pedoman Penyusunan Standart Pelayanan Minimal RumahSakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ MenKes/ SK/ II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
13. Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten Rembang ( Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2008 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Nomor 81);
14. Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 2 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Rembang ( Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2008 Nomor 12, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Nomor 90), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 1 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Rembang;



15. Peraturan Bupati Rembang Nomor 24 Tahun 2009 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang, (Berita Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2009 Nomor 24);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERUBAHAN NOMOR 7 TAHUN 2009 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM PADA RUMAH SAKIT UMUM dr.R.SOETRASNO REMBANG.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Lampiran Peraturan Bupati Rembang Nomor 7 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum dr. R. Soetrasno Rembang, (Berita Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2009 Nomor 7) pada BAB III diubah sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini.

Pasal II

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Rembang.

Ditetapkan di Rembang  
pada tanggal 08 April 2013



Diundangkan di Rembang  
pada tanggal 08 April 2013

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN REMBANG



BERITA DAERAH KABUPATEN REMBANG TAHUN 2013 NOMOR 11

LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI REMBANG  
NOMOR 11 TAHUN 2013  
TENTANG  
PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI REMBANG NOMOR 7  
TAHUN 2009 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH dr.R.SOETRASNO REMBANG

BAB III

SPM RSU dr. R. SOETRASNO REMBANG

A. JENIS – JENIS PELAYANAN DI RSU dr. R. SOETRASNO REMBANG

Jenis Pelayanan yang ada di RSU dr.R.Soetrasno Rembang meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Rawat Intensif dan HND
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
6. Pelayanan Bedah Sentral
7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Laboratorium
9. Pelayanan Radiologi
10. Pelayanan Gizi
11. Pelayanan Rehabilitasi Medik
12. Pelayanan Tranfusi darah
13. Pelayanan Ambulan, Mobil jenazah, dan pemulasaran jenazah
14. Pelayanan Linen
15. Pelayanan Rekam Medik
16. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
17. Pelayanan Administrasi Manajemen
18. Pelayanan Keuangan
19. Pelayanan Hygiene Sanitasi dan IPAL
20. Pelayanan Hemodialisa



B. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Batas waktu pencapaian

| NO | JENIS PELAYANAN        | INDIKATOR |                                                                                    | NILAI |             | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |         |
|----|------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|------------------------|---------|
| 1  | Gawat Darurat          | a.        | Pemberian pelayanan bersertifikat PPGD/ ATLS/BCLS/ACLS                             | a.    | 100%        | a.                     | 3 tahun |
|    |                        | b.        | Waktu tanggap pelayanan dokter                                                     | b.    | 5 Menit     | b.                     | 1 tahun |
|    |                        | c.        | Kemampuan menangani live saving di IGD                                             | c.    | 100%        | c.                     | 3 tahun |
|    |                        | d.        | Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD                                               | d.    | $\leq$ 0,5% | d.                     | 3 tahun |
|    |                        | e.        | Kepuasan pelanggan pada gawat darurat                                              | e.    | $\geq$ 70%  | e.                     | 3 tahun |
| 2  | Rawat Jalan            | a.        | Jam buka pelayanan Pukul (08.00 – 13.00 WIB) (Jum'at pukul 08.00 – 11.00 WIB)      | a.    | 80%         | a.                     | 3 tahun |
|    |                        | b.        | Waktu tunggu $\leq$ 60 menit                                                       | b.    | 80%         | b.                     | 3 tahun |
|    |                        | c.        | Kepuasan pelanggan pada rawat jalan                                                | c.    | $\geq$ 90%  | c.                     | 3 tahun |
| 3  | Rawat Inap             | a.        | Jam visite dokter (mulai jam 08.00 – 14.00 WIB)                                    | a.    | 80%         | a.                     | 3 tahun |
|    |                        | b.        | Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit $\leq$ 2 jam                          | b.    | 90%         | b.                     | 3 tahun |
|    |                        | c.        | Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit                                           | c.    | 80%         | c.                     | 3 tahun |
|    |                        | d.        | Kejadian pulang paksa                                                              | d.    | $\leq$ 5%   | d.                     | 3 tahun |
|    |                        | e.        | Kepuasan pelanggan pada rawat inap                                                 | e.    | $\geq$ 90%  | e.                     | 3 tahun |
|    |                        | f.        | Dokter Penanggung jawab pasien rawat inap                                          | f.    | 100%        | f.                     | 3 tahun |
| 4  | Rawat Intensif dan HND | a.        | Lama administrasi pasien masuk 15 menit                                            | a.    | 90%         | a.                     | 3 tahun |
|    |                        | b.        | Angka kejadian infeksi nosokomial                                                  | b.    | < 1 %       | b.                     | 3 tahun |
|    |                        | c.        | Pemberi Pelayanan Unit intensif                                                    | c.    | 60%         | c.                     | 3 tahun |
|    |                        | d.        | Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam | d.    | $\leq$ 3 %  | d.                     | 3 tahun |

| NO | JENIS PELAYANAN             | INDIKATOR |                                                                                                        | NILAI |                                     | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |         |
|----|-----------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------|------------------------|---------|
| 5  | Persalinan dan Perinatologi | a.        | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                                | a.    |                                     | a.                     |         |
|    |                             |           |                                                                                                        | -     | Perdarahan $\leq 1\%$               | -                      | 3 tahun |
|    |                             |           |                                                                                                        | -     | Pre Eklampsia/Eklampsia $\leq 30\%$ | -                      | 3 tahun |
|    |                             |           |                                                                                                        | -     | Sepsis $\leq 0,2\%$                 | -                      | 3 tahun |
|    |                             | b.        | Bidan penolong persalinan bersertifikat APN                                                            | b.    | 100%                                | b.                     | 3 tahun |
|    |                             | c.        | Response time dokter spesialis / residen 30 menit                                                      | c.    | 100%                                | c.                     | 3 tahun |
|    |                             | d.        | Pemberi persalinan pelayanan normal oleh dokter spesialis, dokter umum terlatih dan bidan.             | d.    | 100%                                | d.                     | 3 tahun |
|    |                             | e.        | Keluarga berencana                                                                                     | e.    |                                     | e.                     |         |
|    |                             | 1.        | Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp. OG, dr.Sp.B, terlatih | 1.    | 100%                                | 1.                     | 3 tahun |
|    |                             | 2.        | Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih                          | 2.    | 100%                                | 2.                     | 3 tahun |
|    |                             | f.        | Kepuasan pelanggan                                                                                     | f.    | > 80%                               | f.                     | 3 tahun |
| 6  | Bedah Sentral               | a.        | Waktu tunggu operasi elektif $\leq 2$ hari                                                             | a.    | 100%                                | a.                     | 3 tahun |
|    |                             | b.        | Waktu tunggu operasi cito 30 menit                                                                     | b.    | 90%                                 | b.                     | 3 tahun |
| 7  | Farmasi                     | a.        | Waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq 60$ menit                                                    | a.    | 80%                                 | a.                     | 3 tahun |
|    |                             | b.        | Waktu tunggu pelayanan obat jadi $\leq 30$ menit                                                       | b.    | 80%                                 | b.                     | 3 tahun |
|    |                             | c.        | Tidak adanya kesalahan pemberian obat                                                                  | c.    | 100%                                | c.                     | 1 tahun |
|    |                             | d.        | Kepuasan pelanggan                                                                                     | d.    | > 80%                               | d.                     | 3 tahun |
| 8  | Laboratorium                | a.        | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit                                                    | a.    | 80%                                 | a.                     | 3 tahun |



| NO | JENIS PELAYANAN                    | INDIKATOR |                                                                            | NILAI |                 | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |         |
|----|------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|------------------------|---------|
|    |                                    | b.        | Kepuasan pelanggan                                                         | b.    | >80%            | b.                     | 3 tahun |
| 9  | Radiologi                          | a.        | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax $\leq$ 3 jam                      | a.    | 90%             | a.                     | 3 tahun |
|    |                                    | b.        | Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen                           | b.    | 100%            | b.                     | 3 tahun |
|    |                                    | c.        | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                       | c.    | $\leq$ 2%       | c.                     | 3 tahun |
|    |                                    | d.        | Kepuasan Pelanggan                                                         | d.    | >80%            | d.                     | 3 tahun |
| 10 | Gizi                               | a.        | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                            | a.    | $\geq$ 90%      | a.                     | 3 tahun |
|    |                                    | b.        | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien                               | b.    | $\leq$ 20%      | b.                     | 3 tahun |
|    |                                    | c.        | Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap                          | c.    | 100%            | c.                     | 3 tahun |
| 11 | Rehabilitasi Medik                 | a.        | Waktu pelayanan < 1 jam                                                    | a.    | 100%            | a.                     | 3 tahun |
|    |                                    | b.        | Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan | b.    | <50%            | b.                     | 3 Tahun |
|    |                                    | c.        | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik                | c.    | 100%            | c.                     | 3 Tahun |
| 12 | Tranfusi Darah                     | a.        | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap permintaan darah                     | a.    | 100%            | a.                     | 1 bulan |
| 13 | Pelayanan Ambulan / Kereta Jenazah | a.        | Waktu pelayanan ambulan / Kereta Jenazah                                   | a.    | 24 jam          | a.                     | 3 tahun |
|    |                                    | b.        | Kecepatan memberikan pelayanan ambulan / Kereta Jenazah di rumah sakit     | b.    | $\leq$ 30 menit | b.                     | 3 tahun |
|    |                                    | c.        | Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaraan jenazah                 | c.    | $\leq$ 2 jam    | c.                     | 3 tahun |
| 14 | Linen                              | a.        | Tidak adanya kejadian linen hilang                                         | a.    | 100%            | a.                     | 3 tahun |
|    |                                    | b.        | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                    | b.    | 100%            | b.                     | 3 tahun |



| NO | JENIS PELAYANAN                               | INDIKATOR |                                                                                       | NILAI |            | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |         |
|----|-----------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------------------------|---------|
| 15 | Rekam Medik                                   | a.        | Pengurusan Surat Visum et Repertum 6 hari                                             | a.    | 90%        | a.                     | 3 tahun |
|    |                                               | b.        | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                    | b.    | 100%       | b.                     | 3 tahun |
|    |                                               | c.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                            | c.    | ≤ 10 menit | c.                     | 3 tahun |
|    |                                               | d.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                             | d.    | ≤ 15 menit | d.                     | 3 tahun |
| 16 | Pelayanan GAKIN                               | a.        | Pelayanan terhadap keluarga pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | a.    | 100%       | a.                     | 3 tahun |
| 17 | Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit | a.        | Kecepatan waktu menanggapi menanggapi kerusakan alat 20 menit                         | a.    | ≤ 80%      | a.                     | 3 tahun |
|    |                                               | b.        | Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                     | b.    | ≥ 80%      | b.                     | 3 tahun |
| 18 | Administrasi Manajemen                        | a.        | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan                                   | a.    | 100%       | a.                     | 3 tahun |
|    |                                               | b.        | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala                                      | b.    | 100%       | b.                     | 3 tahun |
|    |                                               | c.        | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                             | c.    | 100 %      | c.                     | 3 tahun |
|    |                                               | d.        | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun                               | d.    | ≥ 60 %     | d.                     | 3 tahun |
| 19 | Keuangan                                      | a.        | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya      | a.    | 100%       | a.                     | 3 tahun |
|    |                                               | b.        | Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu                                | b.    | 100%       | b.                     | 3 tahun |
| 20 | Hygiene Sanitasi dan Pengolahan Limbah        | a.        | Pengelolaan limbah padat sesuai aturan                                                | a.    | 100%       | a.                     | 3 tahun |
|    |                                               | b.        | Pemisahan sampah medis dan non medis                                                  | b.    | 100%       | b.                     | 3 tahun |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR |                                                                                              | NILAI |     | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |         |
|----|-----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|------------------------|---------|
|    |                 | c.        | Baku mutu limbah cair<br>- BOD < 30 mg/l<br>- .COD < 80 mg/l<br>- TSS < 30 mg/l<br>- .PH 6-9 | c.    | 80% | c.                     | 3 tahun |



## BAB IV.

### PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan bentuk – bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh unit – unit pelaksana pelayanan kesehatan.

Melalui penyusunan Standar Pelayanan Minimal ini diharapkan dapat digunakan sebagai pedoman evaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukan pengukuran perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

Sebagai pedoman, Standar Pelayanan Minimal di dalam Rumah Sakit bersetujuan meningkatkan kuantitas dan kuantitas untuk pelayanan, pengoptimalan sumberdaya, sarana maupun prasarana didalam Rumah Sakit itu sendiri. Dalam jangka panjangnya, diharapkan segenap pelayanan di Rumah Sakit yang selama ini telah berlangsung dapat dioptimalkan dan dapat terus meningkatkan minat masyarakat untuk menjadikan RSUD dr.R.Soetrasno Rembang sebagai pilihan tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

C. Uraian Standar Pelayanan Minimal

**1. INSTALASI GAWAT DARURAT**

a. Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/BCLS/ACLS

|    |                               |                                                                                                                            |
|----|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR               | Pemberi pelayanan bersertifikat<br>PPGD / ATLS / BCLS / ACLS                                                               |
| 2  | DIMENSI MUTU                  | Kompetensi teknis                                                                                                          |
| 3  | TUJUAN                        | Tersedianya pelayanan gawat darurat<br>oleh tenaga kompeten dalam bidang<br>keawat daruratan                               |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL          | Tenaga kompeten kegawatdaruratan<br>adalah tenaga yang sudah memiliki<br>sertifikat Pelatihan PPGD / ATLS /<br>BCLS / ACLS |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN<br>DATA | Setiap bulan                                                                                                               |
| 6  | PERIODE ANALISA               | Setiap 3 bulan                                                                                                             |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)          | Jumlah tenaga yang bersertifikat<br>ATLS / PPGD / BCLS / ACLS                                                              |
| 8  | DENUMERATOR<br>(PENYEBUT)     | Jumlah tenaga yang memberikan<br>pelayanan kegawatdaruratan                                                                |
| 9  | SUMBER DATA                   | Kepegawaian                                                                                                                |
| 10 | STANDAR                       | 100%                                                                                                                       |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB              | Instalasi Diklat                                                                                                           |

b. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter

|    |                            |                                                                                                                                   |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tanggap pelayanan dokter                                                                                                    |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Keselamatan dan efektifitas                                                                                                       |
| 3  | TUJUAN                     | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat                                     |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                      |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 (tiga) bulan sekali                                                                                                             |
| 7  | NUMERATOR (PEMBILANG)      | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter          |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )                                                                  |
| 9  | SUMBER DATA                | Sample                                                                                                                            |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 5$ menit                                                                                                                    |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu                                                                          |



c. Kemampuan menangani livesaving di IGD

|    |                            |                                                                                              |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kemampuan menangani live saving di IGD                                                       |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Keselamatan                                                                                  |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat                  |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                 |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 (tiga) bulan sekali                                                                        |
| 7  | NUMERATOR<br>(PEMBILANG)   | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat               |
| 8  | DENUMERATOR<br>(PENYEBUT)  | Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan life saving                                  |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam Medis di Gawat darurat                                                                 |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                         |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                               |

d. Kematian pasien  $\leq 24$  jam di IGD

|    |                            |                                                                                                                                |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kematian pasien $\leq 24$ jam di IGD                                                                                           |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas dan keselamatan                                                                                                    |
| 3  | TUJUAN                     | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat                                           |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kematian pasien $\leq 24$ jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang di Instalasi Gawat Darurat |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 3 (tiga) bulan                                                                                                                 |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 (tiga) bulan                                                                                                                 |
| 7  | NUMERATOR (PEMBILANG)      | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang                                                   |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat                                                                |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam Medik                                                                                                                    |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 0.5\%$                                                                                                                   |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                                                                 |

e. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

|    |                            |                                                                                          |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kepuasan pelanggan pada gawat darurat                                                    |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                               |
| 3  | TUJUAN                     | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan        |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | setiap bulan                                                                             |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan sekali                                                                           |
| 7  | NUMERATOR (PEMBILANG)      | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey           |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n = 50</i> )             |
| 9  | SUMBER DATA                | Survei                                                                                   |
| 10 | STANDAR                    | $\geq 70 \%$                                                                             |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu                                 |



## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

- a. Jam buka pelayanan pukul 08.00 – 13.00 WIB (jum'at pukul 08.00 – 11.00 WIB)

|    |                            |                                                                                                                                                                    |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Jam buka pelayanan pukul 08.00 – 13.00 WIB (Jum'at pukul 08.00 – 11.00 WIB)                                                                                        |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Akses Pelayanan                                                                                                                                                    |
| 3  | TUJUAN                     | Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Rumah Sakit                                                                                                   |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis pukul 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at pukul 08.00-11.00 WIB |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                            |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                            |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan                                                                              |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam 1 bulan                                                                                                            |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Rawat Jalan                                                                                                                                              |
| 10 | STANDAR                    | 80%                                                                                                                                                                |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                                                       |

b. Waktu tunggu rawat jalan  $\leq 60$  menit

|    |                            |                                                                                                                               |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tunggu di rawat jalan $\leq 60$ menit                                                                                   |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Akses                                                                                                                         |
| 3  | TUJUAN                     | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis                        |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                  |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei                                                                |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei                                                                               |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey Pasien rawat jalan                                                                                                     |
| 10 | STANDAR                    | 80%                                                                                                                           |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu                                                                             |

c. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

|    |                            |                                                                                         |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kepuasan pelanggan pada rawat jalan                                                     |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan         |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                            |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan sekali                                                                          |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey             |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey ( <i>minimal n = 50</i> )               |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                  |
| 10 | STANDAR                    | $\geq 90 \%$                                                                            |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi rawat jalan                                                            |



### 3. INSTALASI RAWAT INAP

a. Jam visite dokter selesai jam 08.00 s/d 14.00 WIB

|    |                            |                                                                                                                                |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Jam visite dokter selesai jam 08.00 s/d 14.00 WIB                                                                              |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Akses, keseimbangan pelayanan                                                                                                  |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.                                             |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | adalah kunjungan dokter setiap hari kerja kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya sudah selesai pada jam 09.00 WIB |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                   |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan sekali                                                                                                          |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah visite dokter yang selesai jam 09.00 WIB                                                                                |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey                                                                       |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                                                         |
| 10 | STANDAR                    | 80%                                                                                                                            |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu                                                                          |

b. Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit  $\leq 2$  jam

|    |                            |                                                                                                                                                                                  |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit $\leq 2$ jam                                                                                                                        |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, availability                                                                                                                                                        |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan di Rumah Sakit                                                                                                      |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan administrasi bagi pasien yang akan meninggalkan Rumah Sakit sejak pasien dinyatakan boleh meninggalkan Rumah Sakit $\leq 2$ jam |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                                                     |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                                                                   |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien pulang yang menunggu $\leq 2$ jam ketika akan menyelesaikan administrasi                                                                                           |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien keseluruhan yang meninggalkan Rumah Sakit                                                                                                                          |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Rawat Inap                                                                                                                                                             |
| 10 | STANDAR                    | 90%                                                                                                                                                                              |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Ruang                                                                                                                                        |

c. Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit

|    |                            |                                                                                                                                 |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit                                                                                        |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Akses                                                                                                                           |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan rujukan di Rumah Sakit.                                                          |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah tersedianya tenaga perawat pengawal yang dibutuhkan untuk merujuk segera setelah dokter menyatakan pasien segera dirujuk |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                    |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Enam bulan                                                                                                                      |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien rujukan yang didampingi perawat pengawal dalam waktu < 30 menit                                                   |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien rujukan                                                                                                   |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat                                                                                   |
| 10 | STANDAR                    | 80%                                                                                                                             |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Koordinator Perawat Pengawal, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Gawat Darurat                                       |



d. Kejadian pulang paksa

|    |                            |                                                                                                                    |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kejadian pulang paksa                                                                                              |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, kesinambungan pelayanan                                                                               |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit                                            |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                            |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                            |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan                                                                        |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan                                                                |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam Medis                                                                                                        |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 5 \%$                                                                                                        |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ketua komite mutu/tim mutu                                                                                         |

e. Kepuasan pelanggan pada rawat inap

|    |                            |                                                                                        |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kepuasan pelanggan pada rawat inap                                                     |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                             |
| 3  | TUJUAN                     | Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap                 |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                |
| 7  | NUMERATOR (PEMBILANG)      | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)          |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                       |
| 9  | SUMBER DATA                | Survei                                                                                 |
| 10 | STANDAR                    | $\geq 90 \%$                                                                           |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ketua komite mutu/tim mutu                                                             |

f. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

|    |                            |                                                                                                                        |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap                                                                              |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan                                                                             |
| 3  | TUJUAN                     | Terjadinya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan                              |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                |
| 7  | NUMERATOR (PEMBILANG)      | Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab                                          |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan                                                                      |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam medik                                                                                                            |
| 10 | STANDAR                    | 100 %                                                                                                                  |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala instansi rawat inap                                                                                             |

#### 4. INSTALASI PERAWATAN INTENSIF DAN HND

a. Lama administrasi pasien masuk 15 menit

|    |                            |                                                                                                                                                  |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Lama administrasi pasien masuk 15 menit                                                                                                          |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Availability (pelayanan yang dibutuhkan harus tersedia)                                                                                          |
| 3  | TUJUAN                     | 1. Ketersediaan pelayanan yang dibutuhkan pasien IPI dan HND<br>2. Kejelasan pelayanan bagi pasien IPI dan HND<br>3. Kepuasan pasien IPI dan HND |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Ketersediaan dan kejelasan pelayanan IPI dan HND yang dimulai dari pemesanan kamar sampai dengan pasien menempati kamar perawatan                |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                          |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 6 bulan                                                                                                                                          |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien yang masuk IPI dan HND dengan lama pelayanan administrasi $\leq$ 15 menit                                                          |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah total pasien yang masuk IPI dan HND                                                                                                       |
| 9  | SUMBER DATA                | Dokumen rekam medis pasien                                                                                                                       |
| 10 | STANDAR                    | 90%                                                                                                                                              |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Perawatan Intensif dan HND                                                                                                      |



b. Angka kejadian infeksi nosokomial

|    |                            |                                                                                                                                                           |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Angka kejadian infeksi nosokomial                                                                                                                         |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Keselamatan pasien                                                                                                                                        |
| 3  | TUJUAN                     | Mengetahui hasil program pengendalian infeksi                                                                                                             |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah kejadian infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RS terdiri dari : dekubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                   |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                   |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kejadian infeksi nosokomial pada pasien yang dirawat di IPI dan HND                                                                                |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien yang dirawat di IPI dan HND                                                                                                                 |
| 9  | SUMBER DATA                | Laporan surveilans pengendalian infeksi dan dokumen rekam medis                                                                                           |
| 10 | STANDAR                    | < 1%                                                                                                                                                      |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Perawatan Intensif dan HND                                                                                                               |

c. Pemberi pelayanan unit intensif

|    |                            |                                                                                                                                                                                                               |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Pemberi pelayanan unit intensif                                                                                                                                                                               |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                             |
| 3  | TUJUAN                     | Tersedianya pelayanan intensif dengan tenaga berkualifikasi kompetensi                                                                                                                                        |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani dan perawat dengan pendidikan minimal D-3 bersertifikasi perawat mahir perawatan intensif |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 6 bulan                                                                                                                                                                                                       |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 1 tahun                                                                                                                                                                                                       |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah dokter spesialis anestesi dan spesialis sesuai kasus yang ditangani dan perawat dengan pendidikan minimal D-3 bersertifikasi perawat mahir perawatan intensif                                          |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif                                                                                                                                     |
| 9  | SUMBER DATA                | Kepegawaian dan Instalasi Perawatan Intensif dan HND                                                                                                                                                          |
| 10 | STANDAR                    | 60%                                                                                                                                                                                                           |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Perawatan Intensif dan HND                                                                                                                                                                   |

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

|    |                            |                                                                                                |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Rata rata yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam                   |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas                                                                                    |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambatnya keberhasilan perawatan intensif                                                   |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama < 72 jam.    |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                        |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                        |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan                          |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam medis                                                                                    |
| 10 | STANDAR                    | ≤ 3 %                                                                                          |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Komite Medik / Mutu                                                                            |

## 5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

|   |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | JUDUL INDIKATOR            | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2 | DIMENSI MUTU               | Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3 | TUJUAN                     | Mengetahui mutu pelayanan RS terhadap pelayanan persalinan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL       | <p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan distolik &gt; 110 mmHg;</li><li>- Protein uria &gt; 5 gr/24jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif;</li><li>- Oedem tungkai;</li></ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6 | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 7 | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 8 | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



|    |                  |                                                                                       |
|----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | SUMBER DATA      | Rekam medis RS                                                                        |
| 10 | STANDAR          | Perdarahan $\leq 1\%$ , pre eklampsia/<br>eklampsia $\leq 30\%$ , sepsis $\leq 0,2\%$ |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Komite Medis                                                                          |

b. Bidan penolong persalinan bersertifikat APN

|    |                            |                                                                |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Bidan penolong persalinan bersertifikat APN                    |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi teknis                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Tersedianya pelayanan persalinan oleh tenaga yang kompeten     |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Bidan yang menolong persalinan sudah mempunyai sertifikat APN  |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                   |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                 |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah tenaga bidan penolong persalinan yang bersertifikat APN |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh bidan penolong persalinan                       |
| 9  | SUMBE DATA                 | Ruang Persalinan                                               |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                           |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Sub.Bagian Kepegawaian                                  |

c. Respon time dokter spesialis / residen 30 menit

|    |                            |                                                                                                                                             |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Respon time dokter spesialis / residen 30 menit                                                                                             |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas dan keselamatan                                                                                                                 |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kesempurnaan pelayanan oleh dokter spesialis sesegera yang dibutuhkan                                                          |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah waktu yang dibutuhkan sejak dokter jaga memutuskan konsul dokter spesialis sampai dengan kedatangan dokter spesialis ditempat pasien |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                              |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah konsultasi dengan kedatangan spesialis $\leq$ 30 menit                                                                               |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah konsultasi dokter jaga seluruhnya                                                                                                    |
| 9  | SUMBER DATA                | Ruang Persalinan                                                                                                                            |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                        |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ka. Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruang Persalinan                                                                                        |

- d. Pemberi pelayanan persalinan normal oleh dokter spesialis, dokter umum terlatih dan bidan.

|    |                            |                                                                                                                                                             |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Pemberi pelayanan persalinan normal oleh dokter spesialis, dokter umum dan bidan.                                                                           |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi teknis                                                                                                                                           |
| 3  | TUJUAN                     | Tersedianya pelayanan persalinan oleh tenaga yang kompeten                                                                                                  |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter spesialis obstetri ginekologi (Sp.OG), dokter umum dan bidan yang terlatih asuhan persalinan normal (APN) |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                     |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah tenaga penolong persalinan normal terdiri dari dokter Sp.OG, dokter umum dan bidan yang bersertifikat APN                                            |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh tenaga pemberi pelayanan persalinan                                                                                                          |
| 9  | SUMBE DATA                 | Ruang Persalinan                                                                                                                                            |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                                        |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ka. Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruang Persalinan                                                                                                        |



e. Keluarga berencana

- 1). Prosentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dan dokter umum terlatih

|    |                            |                                                                                                                                                |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dan dokter umum terlatih                          |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi teknis                                                                                                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya prosentase pelayanan KB (vasektomi dan tubektomi)                                                                                 |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Operator vasektomi dan tubektomi adalah dokter spesialis obstetri ginekologi (Sp.OG), dokter spesialis bedah (Sp.B), dokter umum yang terlatih |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                   |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 6 bulan                                                                                                                                 |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pelayanan KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh dokter Sp.OG, dokter Sp.B dan dokter umum terlatih                           |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah operator pelayanan KB (vasektomi dan tubektomi)                                                                                         |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Bedah Sentral dan Ruang Kebidanan                                                                                                    |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                           |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ka. IBS, Ka. Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruang Kebidanan                                                                                   |

2). Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih

|    |                            |                                                                                    |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi teknis                                                                  |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya prosentase pelayanan konseling peserta KB Mantap                      |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Peserta KB Mantap mendapatkan konseling mengenai KB Mantap dari bidan terlatih     |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                       |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 6 bulan                                                                     |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah konseling layanan KB Mantap oleh bidan terlatih                             |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh peserta konseling KB Mantap                                         |
| 9  | SUMBER DATA                | Klinik Kebidanan dan Kandungan                                                     |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                               |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ka. Instalasi Rawat Jalan dan bidan Klinik Kebidanan dan Kandungan                 |

f. Kepuasan pelanggan pada persalinan

|    |                            |                                                                                         |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kepuasan Pelanggan pada persalinan                                                      |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan                         |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Satu bulan                                                                              |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                 |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)      |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                        |
| 9  | SUMBER DATA                | Survei                                                                                  |
| 10 | STANDAR                    | > 80%                                                                                   |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Ruang Persalinan                                                                 |

## 6. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

a. Waktu tunggu operasi elektif  $\leq 2$  hari

|    |                            |                                                                                                                                                   |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tunggu operasi elektif 1 hari                                                                                                               |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, kesinambungan pelayanan , efisiensi                                                                                                  |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan operasi                                                                                       |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                      |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                                    |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana                                                                                              |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan                                                                                                          |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam Medis                                                                                                                                       |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                              |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ka. Instalasi Bedah Sentral                                                                                                                       |



b. Waktu tunggu operasi cito 30 menit

|    |                            |                                                                                                                                                         |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tunggu operasi cito 30 menit                                                                                                                      |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Keselamatan, efektifitas, kesinambungan pelayanan                                                                                                       |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah emergency                                                                                             |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu tunggu operasi cito adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang tidak direncanakan sampai dengan operasi mulai dilaksanakan. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                            |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                                          |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang tidak terencana                                                                                              |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien yang di operasi tidak direncanakan dalam bulan                                                                                            |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam Medis                                                                                                                                             |
| 10 | STANDAR                    | 90%                                                                                                                                                     |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ka. Instalasi Bedah Sentral                                                                                                                             |

## 7. PELAYANAN FARMASI

- a. Waktu tunggu pelayanan obat racikan  $\leq 60$  menit

|    |                            |                                                                                                                               |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq 60$ menit                                                                           |
| 2  | DIMENSI MUTU               | efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                               |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi                                                                                      |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                       |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                       |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan                                    |
| 8  | DENUMERATOR<br>(PENYEBUT)  | Jumlah pasien dengan obat racikan yang disurvei dalam bulan tersebut                                                          |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                                                        |
| 10 | STANDAR                    | 80%                                                                                                                           |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                      |

b. Waktu tunggu pelayanan obat jadi  $\leq$  30 menit

|    |                            |                                                                                                                                  |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tunggu pelayanan obat jadi $\leq$ 30 menit                                                                                 |
| 2  | DIMENSI MUTU               | efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                  |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi                                                                                         |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi 30 menit. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                          |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                          |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan                                          |
| 8  | DENUMERATOR<br>(PENYEBUT)  | Jumlah pasien dengan obat jadi yang disurvei dalam bulan tersebut                                                                |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                                                           |
| 10 | STANDAR                    | 80%                                                                                                                              |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                         |

c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

|    |                            |                                                                                                                                                      |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                                                                                       |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Keselamatan dan kenyamanan                                                                                                                           |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat                                                                                                 |
| 4  | 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 |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                              |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                              |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat                                |
| 8  | DENUMERATOR<br>(PENYEBUT)  | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey                                                                                                |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                                                                               |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                                 |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                                             |



d. Kepuasan pelanggan pada farmasi

|    |                            |                                                                                      |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kepuasan pelanggan pada farmasi                                                      |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                           |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi                           |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                              |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                              |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)   |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                     |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                               |
| 10 | STANDAR                    | >80%                                                                                 |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Farmasi                                                             |

## 8. INSTALASI LABORATORIUM

### a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

|    |                            |                                                                                                             |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                                                   |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, kesinambungan pelayanan                                                                        |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium                                                               |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | adalah waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium sejak pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                              |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien rawat jalan dengan waktu $\leq 120$ menit |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien rawat jalan yang diperiksa                                                                    |
| 9  | SUMBE DATA                 | Instalasi Laboratorium                                                                                      |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 120$ menit                                                                                            |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Laboratorium                                                                               |

b. Kepuasan Pelanggan

|    |                            |                                                                                          |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kepuasan pelanggan                                                                       |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                               |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium                          |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                  |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                  |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei                      |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien yang disurvei                                                              |
| 9  | SUMBE DATA                 | Survey                                                                                   |
| 10 | STANDAR                    | $\geq 80 \%$                                                                             |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Laboratorium                                                            |

## 9. INSTALASI RADIOLOGI

- a. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax  $\leq 3$  jam

|    |                            |                                                                                                              |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax $\leq 3$ jam                                                        |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan                                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi                                                                   |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | adalah tenggang waktu $\leq 3$ jam mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                 |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                               |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif pasien yang difoto thorax dengan waktu tunggu $\leq 3$ jam                                  |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien yang di foto thorax                                                                            |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Radiologi                                                                                          |
| 10 | STANDAR                    | 90%                                                                                                          |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Radiologi                                                                                   |



b. Pelaksanaan expertisi hasil pemeriksaan rontgen

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Pelaksanaan expertisi hasil pemeriksaan rontgen                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3  | TUJUAN                     | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pelaksana expertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi atau residen radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkananya tanda tangan dokter spesialis radiologi atau residen radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta. |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis atau residen dalam 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Radiologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

c. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

|    |                            |                                                                           |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen                                      |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas dan Efisien                                                   |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen                  |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                   |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                   |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan                   |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan                             |
| 9  | SUMBER DATA                | Register Radiologi                                                        |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 2 \%$                                                               |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala instalasi radiologi                                                |

d. Kepuasan Pelanggan

|    |                            |                                                                                       |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kepuasan Pelanggan                                                                    |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                            |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi                          |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                          |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                        |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah total pasien yang disurvey menyatakan puas                                     |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah total pasien yang disurvey                                                     |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                |
| 10 | STANDAR                    | 80%                                                                                   |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Ketua Komite Mutu                                                                     |

## 10. PELAYANAN GIZI

### a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

|    |                            |                                                                                                                                            |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                                                                            |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, akses, kenyamanan                                                                                                             |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi                                                                                          |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                               |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                             |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu                                                                   |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei                                                                                             |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                                                                     |
| 10 | STANDAR                    | ≥ 90%                                                                                                                                      |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Gizi, Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                         |



b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas dan efisiensi                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi                                                                                                                                                                                                                              |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | <p>Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak di makan oleh pasien dengan ketentuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sisa lebih dari <math>\frac{1}{2}</math> porsi → tidak habis</li> <li>- sisa kurang dari <math>\frac{1}{2}</math> porsi → habis</li> </ul> |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang di survey                                                                                                                                                                                                                                    |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah pasien yang di survey                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 9  | SUMBER DATA                | Ruang Rawat Inap, Instalasi Gizi                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 20 \%$                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Instalasi Gizi                                                                                                                                                                                                                                        |

c. Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap

|    |                            |                                                                                                          |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap                                                        |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, akses                                                                                       |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi                                                        |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah ketepatan pemberian makanan khusus kepada pasien rawat inap yang sesuai dengan permintaan ruangan |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan                                                                                             |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Setiap 3 bulan                                                                                           |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien rawat inap dengan diet khusus yang sesuai permintaan                                       |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang mendapat diet khusus                                               |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                                   |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                     |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Gizi                                                                                    |

## 11. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

### a. Waktu pelayanan < 1 jam

|    |                                    |                                                                                                         |
|----|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR                    | Waktu pelayanan < 1 jam                                                                                 |
| 2  | DIMENSI MUTU                       | Efektifitas, kesinambungan pelayanan                                                                    |
| 3  | TUJUAN                             | Tergambarnya kecepatan pelayanan rehabilitasi medik                                                     |
| 4  | DEFINISI<br>OPERASIONAL            | Adalah waktu yang dibutuhkan petugas dalam melayani pasien dari pertama menjalani terapi sampai selesai |
| 5  | FREKUENSI      PENGUMPULAN<br>DATA | 1 bulan                                                                                                 |
| 6  | PERIODE ANALISA                    | 3 bulan                                                                                                 |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)               | Jumlah pasien yang dilayani < 1 jam                                                                     |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)             | Jumlah seluruh pasien yang dilayani                                                                     |
| 9  | SUMBER DATA                        | Instalasi Rehabilitasi Medik                                                                            |
| 10 | STANDAR                            | 100%                                                                                                    |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB                   | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                                                     |

b. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

|    |                            |                                                                                 |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan      |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kesinambungan pelayanan dan efektifitas                                         |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan      |
| 4  | DEFINISI<br>OPERASIONAL    | adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 3 bulan                                                                         |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 6 bulan                                                                         |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan                               |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan          |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam medis                                                                     |
| 10 | STANDAR                    | < 50%                                                                           |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                             |



c. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

|    |                                  |                                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR                  | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik                                                                                                                                            |
| 2  | DIMENSI MUTU                     | Keselamatan dan kenyamanan                                                                                                                                                                             |
| 3  | TUJUAN                           | Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik                                                                                                                                        |
| 4  | DEFINISI<br>OPERASIONAL          | 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. |
| 5  | FREKUENSI<br>PENGUMPULAN<br>DATA | 1 bulan                                                                                                                                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA                  | 3 bulan                                                                                                                                                                                                |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)             | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan                                       |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)           | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan                                                                                                                                  |
| 9  | SUMBER DATA                      | Rekam medis                                                                                                                                                                                            |
| 10 | STANDAR                          | 100%                                                                                                                                                                                                   |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB                 | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                                                                                                                                                    |

## 12. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

- a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap permintaan darah

|    |                               |                                                                                 |
|----|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR               | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap permintaan darah                          |
| 2  | DIMENSI MUTU                  | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan                                         |
| 3  | TUJUAN                        | Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah |
| 4  | DEFINISI<br>OPERASIONAL       | Adalah terpenuhinya permintaan darah bagi setiap pasien yang membutuhkan.       |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN<br>DATA | 1 bulan                                                                         |
| 6  | PERIODE ANALISA               | 3 bulan                                                                         |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)          | Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan             |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)        | Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan                                   |
| 9  | SUMBER DATA                   | Bank Darah                                                                      |
| 10 | STANDAR                       | 100%                                                                            |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB              | Penanggung jawab Bank Darah                                                     |

### 13. PELAYANAN AMBULAN, MOBIL JENAZAH & PEMULASARAN JENAZAH

#### a. Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

|    |                            |                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu pelayanan ambulan / kereta jenazah                                                                                                                   |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Akses                                                                                                                                                      |
| 3  | TUJUAN                     | Tersedianya pelayanan ambulan / kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien / keluarga pasien yang membutuhkan                              |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu pelayanan ambulan / kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance / kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien / keluarga pasien |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                    |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                    |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Total waktu buka pelayanan ambulan dalam satu bulan                                                                                                        |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah hari dalam bulan tersebut                                                                                                                           |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Ambulan                                                                                                                                          |
| 10 | STANDAR                    | 24 jam                                                                                                                                                     |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Penanggung jawab ambulance / Kereta jenazah                                                                                                                |

- b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit                                                                                                                                                                                |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan dan Keselamatan                                                                                                                                                                                                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya tanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / kereta jenazah                                                                                                                                                   |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance / kereta jenazah diajukan oleh pasien / keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance / kereta jenazah maksimal 30 menit |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah penyediaan ambulance / kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan                                                                                                                                                                             |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh permintaan ambulance / kereta jenazah dalam satu bulan                                                                                                                                                                                   |
| 9  | SUMBER DATA                | Catatan penggunaan ambulance / kereta jenazah                                                                                                                                                                                                           |
| 10 | STANDAR                    | 90%                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Penanggung jawab ambulance                                                                                                                                                                                                                              |



c. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

|    |                            |                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah                                                                                                                   |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kenyamanan                                                                                                                                                     |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah                                                                        |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                        |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                        |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Total komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang di amati dalam satu bulan                                                                     |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Total pasien yang diamati dalam satu bulan                                                                                                                     |
| 9  | SUMBER DATA                | Hasil Pengamatan                                                                                                                                               |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 2$ jam                                                                                                                                                   |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala instalasi pemulasaraan jenazah                                                                                                                          |

#### 14. PELAYANAN LINEN

- a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

|    |                            |                                                                       |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                               |
| 2  | DIMENSI MUTU               | efektifitas, dan efisiensi                                            |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen                    |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pelayanan linen adalah pelayanan pencucian dan perawatan bagi linen   |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                               |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                               |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah linen yang masuk ke Instalasi lain dikurangi linen yang hilang |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah linen yang masuk ke Instalasi linen seluruhnya                 |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Linen                                                       |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                  |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Linen                                                |

b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

|    |                            |                                                                                                                                      |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                                              |
| 2  | DIMENSI MUTU               | efektifitas, dan efisiensi                                                                                                           |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen                                                                                   |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan yaitu jam 08.00 WIB s/d 13.00 WIB kecuali hari libur |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                              |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                              |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah hari kerja dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu                                                               |
| 8  | DENUMERATOR<br>(PENYEBUT)  | Jumlah hari kerja dalam satu bulan                                                                                                   |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Linen                                                                                                                      |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                 |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Linen                                                                                                               |

## 15. PELAYANAN REKAM MEDIK

### a. Pengurusan surat visum et refertum 6 hari

|    |                            |                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Pengurusan surat visum et refertum 6 hari                                                                                                                  |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, efisien                                                                                                                                       |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya mutu pelayanan Rekam Medik                                                                                                                    |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah waktu yang dibutuhkan sejak surat permintaan Visum et Refertum masuk Rumah Sakit sampai dengan selesainya dokumen tersebut dalam waktu 6 hari kerja |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                    |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                    |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah permintaan Visum et Refertum yang selesai dalam waktu $\leq 6$ hari                                                                                 |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh permintaan Visum et Refertum                                                                                                                |
| 9  | SUMBER DATA                | Pelayanan Rekam Medik                                                                                                                                      |
| 10 | STANDAR                    | 90%                                                                                                                                                        |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Sub.Bid. Rekam Medik                                                                                                                                |



b. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kelengkapan pengisian rekam medik                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4  | 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 |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 9  | SUMBER DATA                | Survey                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala instalasi rekam medik, Kepala Bidang pelayanan medik dan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                  |

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                                                                                                                                                                |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, kenyamanan, efisiensi                                                                                                                                                                                                                        |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan                                                                                                                                                                                                  |
| 4  | 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. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Tiap bulan                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Tiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                              |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati                                                                                                                                                                             |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).                                                                                                                                                                               |
| 9  | SUMBER DATA                | Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.                                                                                                                                          |
| 10 | STANDAR                    | ≤ 10 menit                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala instalasi rekam medis                                                                                                                                                                                                                              |

d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, kenyamanan, efisiensi                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4  | 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. |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Tiap bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Tiap 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati                                                                                                                                                                                                                                           |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 9  | SUMBER DATA                | Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 10 | STANDAR                    | ≤ 15 menit                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala instalasi rekam medis                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## 16. PELAYANAN GAKIN

- a. Pelayanan terhadap keluarga pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

|    |                            |                                                                              |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Akses                                                                        |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin               |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin         |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                      |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                      |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan               |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.     |
| 9  | SUMBER DATA                | Rekam Medis                                                                  |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                         |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Direktur Rumah Sakit                                                         |



**17. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT**

a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 20 menit

|    |                            |                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Waktu tanggap menanggapi kerusakan alat 20 menit                                                                                                                       |
| 2  | DIMENSI MUTU               | efektifitas, kesinambungan pelayanan                                                                                                                                   |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat                                                                                                 |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan kerusakan alat diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak, maksimal dalam waktu 20 menit |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                                |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                                |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi dalam waktu $\leq 20$ menit                                                                                              |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat                                                                                                                                  |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit                                                                                                                |
| 10 | STANDAR                    | $\leq 80\%$                                                                                                                                                            |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit                                                                                                         |

b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

|    |                            |                                                                                                                                           |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                                         |
| 2  | DIMENSI MUTU               | efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan                                                                                           |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat                                                                            |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap - tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                   |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                   |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan                                                                      |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan                                                               |
| 9  | SUMBER DATA                | Register pemeliharaan alat                                                                                                                |
| 10 | STANDAR                    | $\geq 80 \%$                                                                                                                              |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Sarana dan Prasarana Rumah Sakit                                                                                         |

## 18. PELAYANAN ADMINISTRASI - MANAJEMEN

### a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan

|    |                            |                                                                                                           |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan                                                       |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, efisiensi, kenyamanan                                                                        |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai                                |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Usulan kenaikan pangkat pegawai yang dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 tahun                                                                                                   |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 1 tahun                                                                                                   |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun                |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun                        |
| 9  | SUMBER DATA                | Ka. Sub.Bag.Kepegawaian                                                                                   |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                      |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Bagian Tata Usaha                                                                                  |

b. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

|    |                            |                                                                                                      |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala                                                     |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas, kenyamanan                                                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai                                   |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 tahun                                                                                              |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 1 tahun                                                                                              |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.          |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.                  |
| 9  | SUMBE DATA                 | Ka. Sub.Bag.Kepegawaian                                                                              |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                 |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Bagian Tata Usaha                                                                             |



c. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                                                                                                                                                                         |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas dan Efisiensi                                                                                                                                                                                                                         |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan                                                                                                                                                |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam capaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun                                                                                                                                                         |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun                                                                                                                                                                             |
| 9  | SUMBER DATA                | Bagian Tata Usaha                                                                                                                                                                                                                                 |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                              |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Direktur                                                                                                                                                                                                                                          |

d. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

|    |                            |                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun                                                                                                                                                |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Kompetensi Teknis                                                                                                                                                                                        |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia                                                                                                                                |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal minimal perkaryawan 20 jam per tahun |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 tahun                                                                                                                                                                                                  |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 1 tahun                                                                                                                                                                                                  |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun                                                                                                                                         |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh karyawan rumah sakit                                                                                                                                                                      |
| 9  | SUMBE DATA                 | Ka. Sub.Bag.Kepegawaian                                                                                                                                                                                  |
| 10 | STANDAR                    | $\geq 60 \%$                                                                                                                                                                                             |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Bagian Tata Usaha                                                                                                                                                                                 |

## 19. PELAYANAN KEUANGAN

- a. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya

|    |                            |                                                                                                                                          |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya                                                         |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas                                                                                                                              |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan                                                                                               |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 3 bulan                                                                                                                                  |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 6 bulan                                                                                                                                  |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan                                                                |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan                                                                         |
| 9  | SUMBER DATA                | Ka.Sub.Bag.Keuangan                                                                                                                      |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                     |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Bagian Tata Usaha                                                                                                                 |

b. Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu

|    |                            |                                                                                                                                                                                         |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu                                                                                                                                  |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Efektifitas                                                                                                                                                                             |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan                                                                                                               |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | TPK adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai kinerja yang dicapai dalam satu bulan. Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu adalah tiap bulan per tanggal 25 |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Tiap 6 bulan                                                                                                                                                                            |
| 6  | PERIODE ANALISA            | Tiap 1 tahun                                                                                                                                                                            |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian TPK                                                                                                                                         |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Tiap 6 bulan                                                                                                                                                                            |
| 9  | SUMBER DATA                | Ka. Sub.Bag.Kuangan                                                                                                                                                                     |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                                                                    |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Su.Bag.Kuangan                                                                                                                                                                   |



## 20. PELAYANAN HYGIE NE SANITASI DAN PENGOLAHAN LIMBAH

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

|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Keselamatan, lingkungan sehat                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya mutu penanganan limbah infeksius di rumah sakit                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Limbah padat berbahaya adalah sampah padat yang mengandung bahan - bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan atau dapat mencederai antara lain : sisa jarum suntik, sisa ampul, kasa bekas, sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku |
| 5  | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 9  | SUMBER DATA                | Hasil pengamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Higiene Sanitasi dan IPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

b. Pemisahan sampah medis dan non medis

|    |                            |                                                                                                                         |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | JUDUL INDIKATOR            | Pemisahan sampah medis dan non medis                                                                                    |
| 2  | DIMENSI MUTU               | Keselamatan, kedisiplinan, lingkungan sehat                                                                             |
| 3  | TUJUAN                     | Tergambarnya kedisiplinan penanganan sampah medis dan non medis                                                         |
| 4  | DEFINISI OPERASIONAL       | Adalah pemisahan pembuangan sampah medis dan non medis di plastik sampah yang dikumpulkan oleh petugas Higiene Sanitasi |
| 5  | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan                                                                                                                 |
| 6  | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                 |
| 7  | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Jumlah kantong sampah medis yang masih tercampur dengan sampah non medis                                                |
| 8  | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah kantong sampah seluruhnya yang dikumpulkan oleh petugas Hygiene Sanitasi                                         |
| 9  | SUMBER DATA                | Instalasi Hygiene Sanitasi dan IPAL                                                                                     |
| 10 | STANDAR                    | 100%                                                                                                                    |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB           | Kepala Instalasi Hygiene Sanitasi dan IPAL                                                                              |

c. Baku mutu limbah cair

|   |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | JUDUL INDIKATOR            | Baku mutu limbah cair                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2 | DIMENSI MUTU               | Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 3 | TUJUAN                     | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL       | <p>Baku mutu adalah standart minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang di tolerir dan diukur dengan indicator :</p> <p>BOD (Biological Oxygen Demand) :<br/>30 mg/liter</p> <p>COD (Chemical Oxygen Demand) :<br/>80 mg/liter</p> <p>TSS (Total Suspended Solid) :<br/>30 mg/liter</p> <p>PH : 6-9</p> |
| 5 | FREQUENSI PENGUMPULAN DATA | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 6 | PERIODE ANALISA            | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7 | NUMERATOR(PEMBILANG)       | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 8 | DENUMERATOR (PENYEBUT)     | Jumlah seluruh Pemeriksaan limbah cair                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|    |                  |                   |
|----|------------------|-------------------|
| 9  | SUMBER DATA      | Hasil Pemeriksaan |
| 10 | STANDAR          | 80%               |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala IPSRS      |

