



SALINAN

GUBERNUR SUMATERA UTARA

PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA

NOMOR 14 TAHUN 2019

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JIWA

Prof. Dr. MUHAMMAD ILDREM PROVINSI SUMATERA UTARA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR SUMATERA UTARA,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Pasal 15 ayat (2) Peraturan Gubernur Nomor 25 Tahun 2013 tentang Pedoman Penerapan Standar Pelayanan Minimal Pemerintah Provinsi Sumatera Utara dinyatakan bahwa SKPD dapat mengatur lebih lanjut pelaksanaan teknis penerapan SPM sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr.Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonomi Propinsi Atjeh dan Perubahan Peraturan Pembentukan Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 64, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1103);
 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 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang -Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang - Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Gubernur Nomor 25 Tahun 2013 tentang Pedoman Penerapan Standar Pelayanan Minimal Provinsi Sumatera Utara (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013 Nomor 25);

16. Peraturan Gubernur Nomor 24 Tahun 2018 tentang Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018 Nomor 24).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT Jiwa PROF. Dr. MUHAMMAD ILDREM PROVINSI SUMATERA UTARA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Sumatera Utara.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Daerah menurut azas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Kepala Daerah adalah Gubernur Sumatera Utara.
5. Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr.Muhammad Ildrem yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan

- kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen;
 7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal;
 8. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal.
 9. Mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjuk kepada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain dan tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan;
 10. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO;
 11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan;
 12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status yang memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak

- ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya;
13. Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM tertentu, berupa masukan, proses dan/ manfaat pelayanan;
 14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan suatu yang harus dicapai;
 15. Definisi Operasional adalah dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
 16. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator;
 17. Periode analisa adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
 18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
 19. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
 20. Target atau Nilai adalah ukuran pencapaian mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai;
 21. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Pasal 2

- (1) SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Gubernur ini dimaksudkan untuk memberikan panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjadi tugas dan

tanggungjawab Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara;

- (2) SPM bertujuan untuk menjamin terlaksananya mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem bertugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya pengobatan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventiv), peningkatan promosi serta upaya rujukan;
- (2) Jenis Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara meliputi :
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan radiologi;
 - e. pelayanan laboratorium patologi klinik
 - f. pelayanan rehabilitasi
 - g. pelayanan farmasi;
 - h. pelayanan gizi;
 - i. pelayanan gakin (keluarga miskin);
 - j. pelayanan rekam medis;
 - k. pelayanan pengelolaan limbah;
 - l. pelayanan administrasi manajemen;
 - m. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
 - n. pelayanan pemulasaran jenazah;

- o. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- p. Pelayanan laundry; dan
- q. Pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Target Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal Pasal 4

- (1) SPM Rumah Sakit dapat diukur dari Indikator, Standar Nilai dan Target Pencapaian sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Uraian tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dalam Peraturan Gubernur ini.

BAB III

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib memenuhi SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Gubernur ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Gubernur ini;
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan minimal dilakukan oleh tenaga yang memiliki kualifikasi dan kompetensi yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV
PROFIL STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 6

- (1) Untuk menggambarkan kondisi awal penerapan dan pencapaian SPM Rumah Sakit menyediakan data profil dasar sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Data profil dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk memprediksi, merencanakan, mengevaluasi pencapaian target tahunan SPM dengan mempertimbangkan dan/atau mengacu pada batas akhir waktu pencapaian standar pelayanan minimal yang ditetapkan.

BAB V
PELAPORAN DAN SISTEM INFORMASI

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan berpedoman pada SPM dan melaporkan pencapaiannya kepada Gubernur.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal memuat perkembangan profil pencapaian setiap jenis pelayanan, indikator, nilai dan target pencapaian;
- (3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun kepada Gubernur Sumatera Utara melalui Biro Otonomi Daerah dan Kerjasama Setdaprovsu.

Pasal 8

Rumah Sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, membangun sistem informasi yang dapat diakses untuk mengetahui perkembangan pencapaian setiap jenis pelayanan, indikator, nilai dan target pencapaian SPM.

BAB VI

MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 9

- (1) Gubernur melaksanakan monitoring dan evaluasi.
- (2) Gubernur mendelegasikan pelaksanaan monitoring dan evaluasi kepada Biro Otonomi Daerah dan Kerjasama Setdaprovsu.
- (3) Penerapan pelaksanaan monitoring dan evaluasi dibentuk tim monitoring dan evaluasi yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur;
- (4) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari instansi terkait, tenaga pakar yang memiliki kualifikasi dan kompetensi bidang kesehatan.
- (5) Hasil monitoring dan evaluasi dijadikan sebagai rekomendasi pelaporan kepada Gubernur.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara.

Ditetapkan di Medan
pada tanggal 25 Februari 2019
GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

EDY RAHMAYADI

Diundangkan di Medan
pada tanggal 27 Februari 2019

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI SUMATERA UTARA,

ttd

R.SABRINA

BERITA DAERAH PROVINSI SUMATERA UTARA TAHUN 2019 NOMOR 14

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,
PELAKSANA,



APRILLA H SIREGAR
Pembina Tingkat I
NIP.19690421 199003 2 003

LAMPIRAN I PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA

NOMOR 14 TAHUN 2019

TANGGAL 25 FEBRUARI 2019

SPM setiap jenis pelayanan, Indikator, Standar, Kondisi Saat ini, dan Target Pencapaian
Rumah sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

NO.	JENIS PELAYANAN	SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING	TARGET PENCAPAIAN					KET	
					2019	2020	2021	2022	2023		
1.	GAWAT DARURAT	a. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	a. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		b. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	b. 24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam		
		c. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	c. 100 %	20%	40%	80%	100%	100%	100%		
		d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	d. Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim		
		e. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	e. Lima menit terlayani, setelah pasien datang	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit		
		f. Kepuasan Pelanggan	f. 70 %	70%	75%	78%	80%	80%	80%		
		g. Kematian Pasien < 24 jam	g. Dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		h. Pasien Dapat ditenangkan dalam waktu 48 jam	h. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		i. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	i. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
2.	RAWAT JALAN	a. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter spesialis	60%	70%	80%	90%	100%	100%		
		b. Ketersediaan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1). Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	
			2). Klinik Psikiatri Dewasa	2). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	2). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	2). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	2). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	2). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	2). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	2). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	
			3). Klinik Psikogeriatri	3). Klinik Psikiatri Dewasa	3). Klinik Psikiatri Dewasa	3). Klinik Psikiatri Dewasa	3). Klinik Psikiatri Dewasa	3). Klinik Psikiatri Dewasa	3). Klinik Psikiatri Dewasa	3). Klinik Psikiatri Dewasa	
			4). Psikiatri Forensik	4). Klinik Psikogeriatri	4). Klinik Psikogeriatri	4). Klinik Psikogeriatri	4). Klinik Psikogeriatri	4). Klinik Psikogeriatri	4). Klinik Psikogeriatri	4). Klinik Psikogeriatri	
			5). Klinik Gangguan Penggunaan NAPZA	5). Klinik Spesialis dan Neurologi dan Gangguan Mental Organik	5). Klinik Spesialis dan Neurologi dan Gangguan Mental Organik	5). Klinik Spesialis dan Neurologi dan Gangguan Mental Organik	5). Klinik Spesialis dan Neurologi dan Gangguan Mental Organik	5). Klinik Spesialis dan Neurologi dan Gangguan Mental Organik	5). Klinik Spesialis dan Neurologi dan Gangguan Mental Organik	5). Klinik Spesialis dan Neurologi dan Gangguan Mental Organik	
			6). Klinik Psikometri	6). Klinik Spesialis Anak	6). Klinik Spesialis Anak	6). Klinik Spesialis Anak	6). Klinik Spesialis Anak	6). Klinik Spesialis Anak	6). Klinik Spesialis Anak	6). Klinik Spesialis Anak	
			7). Klinik Gangguan Mental Organik	7). Klinik Psikologis dan Psikometri	7). Klinik Psikologis dan Psikometri	7). Klinik Psikologis dan Psikometri	7). Klinik Psikologis dan Psikometri	7). Klinik Psikologis dan Psikometri	7). Klinik Psikologis dan Psikometri	7). Klinik Psikologis dan Psikometri	
			8). Klinik Spesialisasi lain	8). Klinik Spesialis Penyakit Dalam	8). Klinik Spesialis Penyakit Dalam	8). Klinik Spesialis Penyakit Dalam	8). Klinik Spesialis Penyakit Dalam	8). Klinik Spesialis Penyakit Dalam	8). Klinik Spesialis Penyakit Dalam	8). Klinik Spesialis Penyakit Dalam	
			9). Klinik Psikologi Klinis	9). Klinik Psikologi Klinis	9). Klinik Psikologi Klinis	9). Klinik Psikologi Klinis	9). Klinik Psikologi Klinis	9). Klinik Psikologi Klinis	9). Klinik Psikologi Klinis	9). Klinik Psikologi Klinis	
			10). Klinik Konseling dan Konsultasi Keperawatan		10). Klinik Konseling dan Konsultasi Keperawatan	10). Klinik Konseling dan Konsultasi Keperawatan	10). Klinik Konseling dan Konsultasi Keperawatan	10). Klinik Konseling dan Konsultasi Keperawatan	10). Klinik Konseling dan Konsultasi Keperawatan	10). Klinik Konseling dan Konsultasi Keperawatan	
			11). Klinik Khusus		11). Klinik Khusus	11). Klinik Khusus	11). Klinik Khusus	11). Klinik Khusus	11). Klinik Khusus	11). Klinik Khusus	
		c. Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali jumat 08.00 – 11.00	07.45 s/d 15.00 setiap hari kerja kecuali jumat 07.45 s/d 14.30	07.45 s/d 15.00 setiap hari kerja kecuali jumat 07.45 s/d 14.30	07.45 s/d 15.00 setiap hari kerja kecuali jumat 07.45 s/d 14.30	07.45 s/d 15.00 setiap hari kerja kecuali jumat 07.45 s/d 14.30	07.45 s/d 15.00 setiap hari kerja kecuali jumat 07.45 s/d 14.30	07.45 s/d 15.00 setiap hari kerja kecuali jumat 07.45 s/d 14.30	07.45 s/d 15.00 setiap hari kerja kecuali jumat 07.45 s/d 14.30	
		d. Waktu tunggu di Rawat Jalan	a. < 60 Menit	< 90 Menit	85 Menit	80 Menit	75 Menit	65 Menit	60 Menit		
		e. Kepuasan pelanggan	b. > 90 %	80%	85%	87%	89%	90%	94%		
f. 1). Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	1). > 60	0	40	45	50	60	60				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
3.	RAWAT INAP	a.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a.1). Dokter spesialis = 8 2). Dokter Umum = 14 3). Perawat minimal D3 = 163	4 7 119	5 7 129	6 7 139	7 7 149	8 7 159	8 7 163			
		b.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	b. 100 %	60%	70%	80%	90%	100%	100%			
		c.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	c. 1) Akut 2) Sub Akut	Akut Sub Akut	Akut Sub Akut	Akut Sub Akut	Akut Sub Akut	Akut Sub Akut	Akut Sub Akut	Akut Sub Akut		
		d.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	08.00 – 14.00 setiap hari kerja		
		e.	Kejadian infeksi pasca operasi	e. < 1,5 %	0	0	0	0	0	0	0		
		f.	Kejadian Infeksi HAIs (Healthcare)	b. < 1,5 %	0,32%	0,30%	0,25%	0,20%	0,15%	0,10%			
		g.	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	a. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		h.	Kematian pasien > 48 jam	d. < 0,24 %	0,0023%	0,0022%	0,0020%	0,0020%	0,0018%	0,0016%			
		i.	Kejadian pulang paksa	e. < 5 %	0	0	0	0	0	0	0		
		j.	Kepuasan Pelanggan	f. > 90 %	80%	85%	90%	95%	100%	100%			
		k.	Rawat Inap TB 1) Penegakan diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB 2) Terlaksana Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit.	1) > 60 % 2) 60 %	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0		
		l.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri.	l. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		m.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu < 1 bulan	m. 100 %	98,50%	98,80%	100%	100%	100%	100%	100%		
		n.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa.	n. < 6 minggu	9minggu	8 minggu	8 minggu	7 minggu	6 minggu	5 minggu			
5.	INTENSIF	a.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	a. <3%	0	0	0	0	0	0			
		b.	Pemberi pelayanan unit intensif	1) Dokter spesialis anastesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani 2) 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0			
6.	RADIOLOGI	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	a. < 3 jam	0	0	0	0	0	0			
		b.	Pelaksanaan ekspertisi	b. Dokter Sp.Radiologi	0	0	0	0	0	0			
		c.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	c. Kerusakan foto < 2 %	0	0	0	0	0	0			
		d.	Kepuasan pelanggan	d. > 80 %	0	0	0	0	0	0			
7.	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	a. < 140 menit Kimia darah & darah rutin	90 menit	85menit	80menit	75menit	70 menit	65 menit			
		b.	Pelaksana ekspertisi	b. Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK			
		c.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	c. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
		d.	Kepuasan pelanggan	d. > 80 %	80%	85%	87%	90%	95%	95%			

Kerjasama dengan RSUP. H. Adam Malik

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
15.	AMBULANCE/KERETA JENAZAH	a.	Waktu pelayanan ambulance/Kereta	a. 24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
		b.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	b. < 230 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	
		c.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan.	c. Sesuai dengan ketentuan	Sesuai ketentuan	Sesuai ketentuan	Sesuai ketentuan	Sesuai ketentuan	Sesuai ketentuan	Sesuai ketentuan	
16.	PEMULASARAN JENAZAH	a.	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	a. < 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	
17.	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	a.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	a. < 80 %	80%	70%	60%	50%	50%	50%	
		b.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	b. 80%	80%	70%	60%	50%	50%	50%	
		c.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	c. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
18.	PELAYANAN LAUNDRY	a.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	a. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		b.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk	b. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
19.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	a.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	a. Anggota TIM PPI yang terlatih 75 %	50%	75%	80%	90%	100%	100%	
		b.	Tersedia APD disetiap instalasi/departemen	b. 60%	60%	70%	80%	100%	100%	100%	
		c.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial/HAI (Health Care Associated Infection) di Rumah sakit (minimal 1 parameter)	c. 75%	70%	75%	80%	85%	90%	100%	

GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

EDY RAHMAYADI

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,
PELAKSANA,

APRILLA H SIREGAR
Pembina Tingkat I
NIP.19690421 199003 2 003

LAMPIRAN II PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA
NOMOR 14 TAHUN 2019
TAHUN 25 FEBRUARI 2019

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT (IGD)

A. IGD FISIK

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Defenisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Circulation, Breath, Airway</i> .
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat <i>pertolongan life saving</i> di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di unit gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik di gawat darurat
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam
Defenisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

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

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Defenisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Bagian Pengkajian Dan Pengembangan

4. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat , responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Defenisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n=50)
Sumber Data	Sampel
Standar	< 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

5. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Defenisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survei

Standar	70 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Komite Mutu

6. Kematian pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian pasien < 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
Defenisi Operasional	Kematian < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	< 2 perseribu
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

7. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)

Judul	Pasien yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa.
Defenisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat.
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka dengan pelayanan jiwa)

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka.
Dimensi mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat.
Defenisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberian pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberian pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Defenisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu 1 bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan yang minimal di rumah sakit jiwa
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Jenis pelayanan rumah sakit jiwa
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	<ul style="list-style-type: none"> a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Usia Lanjut
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di rumah sakit
Defenisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

4. Waktu tunggu di rawat jalan

Judul	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.
Defenisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Standar	< 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Komite mutu

5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Defenisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Komite Mutu

6. Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar

	penanggulangan tuberculosis nasional dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam waktu 3 bulan.
Sumber Data	Register rawat jalan , register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. BOR (Bed Occupancy Ratio = Angka penggunaan tempat tidur)

Judul	BOR (Bed Occupancy Ratio = Angka penggunaan tempat tidur)
Dimensi mutu	Tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit
Tujuan	Mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit
Defenisi Operasional	BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari perawatan rumah sakit
Denominator	Jumlah tempat tidur X Jumlah hari dalam satu periode
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Standar	85%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik

2. AVLOS (Average Length of Stay = Rata-rata lamanya pasien dirawat)

Judul	AVLOS (Average Length of Stay = Rata-rata lamanya pasien dirawat)
Dimensi mutu	Pelayanan Rawat Inap
Tujuan	memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan
Defenisi Operasional	Average Length of Stay adalah Rata-rata lamanya pasien dirawat

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah lama dirawat
Denominator	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Standar	42 hari
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. TOI (Turn Over Interval = Tenggang perputaran)

Judul	TOI (Turn Over Interval = Tenggang perputaran)
Dimensi mutu	Tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit
Tujuan	Mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit
Defenisi Operasional	rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	((Jumlah tempat tidur X Periode) – Hari perawatan)
Denominator	Jumlah pasien keluar (hidup +mati)
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Standar	2 hari
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Pemberi Pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas dirawat inap
Sumber Data	Kepegawaian

Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Defenisi Operasional	Dokter Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

6. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	<ul style="list-style-type: none"> a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Usia Lanjut
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

7. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Defenisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Komite mutu

8. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengenalan infeksi nosokomial rumah sakit
Defenisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat dirumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/ Komite PPI/ Komite mutu.

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Defenisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/Komite Mutu

10. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif
Defenisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 0.24\%$ $\leq 2.4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite Mutu

11. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Defenisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Ka. Instalasi Rawat Inap/Komite mutu

12. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

13. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

14. Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi mutu	Keselamatan

Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Defenisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Komite Mutu/ Ka. Instalasi Rawat Inap

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

Judul	Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kemabali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi mutu	Efektifitas, kompetensi tehnis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Defenisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Komite Mutu/ Ka. Instalasi Rawat Inap

16. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Defenisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rata-rata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu

Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Komite mutu

IV. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi/ Komite Mutu

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Defenisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber Data	Register di instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi/ Komite Mutu

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Defenisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto yang rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi/ Komite Mutu

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n= minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi/ Komite Mutu

VII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium/ Komite Mutu

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Defenisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang di verifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium/ Komite Mutu

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%

Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium/ Komite Mutu
-----------------------------------	--

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium/ Komite Mutu

V. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Defenisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 50%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rehabilitasi medik/Komite Mutu

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Defenisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan

	yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/ atau tidak sesuai dengan pedoman/ standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rehabilitasi medik/Komite Mutu

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n=minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rehabilitasi medik/Komite Mutu

VI. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 30%

Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi/ Komite Mutu
-----------------------------------	---------------------------------------

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	$\leq 60\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi/ Komite Mutu

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Defenisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi/ Komite Mutu

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n=minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi/ Komite Mutu

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Defenisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n=minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi/ Komite Mutu

VII. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien

Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 20\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

VIII. PELAYANAN GAKIN

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

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Defenisi Operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan

Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit/Wadir Pelayanan/Komite Mutu

IX. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Defenisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik/Komite Mutu

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

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan
Defenisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey

Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Defenisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru dan atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftarkan sampai rekam medis disediakan/ ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata \leq 10 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis/ Komite Mutu

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Defenisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis/ Komite Mutu

X. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Defenisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/liter COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 80 mg/liter TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala IPAL/ Komite Mutu

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Defenisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : Sisa jarum suntik Sisa ampal Kasa bekas Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan

Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala IPAL / Kepala K3 RS/ Komite Mutu

XI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

Judul	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)
Dimensi mutu	Tingkat Pelayanan Rumah Sakit
Tujuan	mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik selanjutnya.
Defenisi Operasional	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik
Frekuensi Pengumpulan Data	Pertahun
Periode Analisa	1 Tahun sekali
Numerator	Jumlah nilai masing-masing unsur pelayanan
Denominator	Jumlah responden
Sumber Data	Responden
Standar	Nilai A
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Tim Survey Indeks Kepuasasn Masyarakat

2. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Defenisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit/ Komite Mutu

3. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Defenisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam menvapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Pengkajian dan Pengembangan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Defenisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang naik pangkat sesuai dengan periode waktu 1 Tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/ Komite Mutu

5. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai

Defenisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan Gaji Berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/ Komite Mutu

6. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Defenisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian Pengembangan
Standar	≥ 60%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/ Bagian Pengkajian dan Pengembangan

7. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Defenisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian Penerimaan dan Pengeluaran

Standar	≥ 40%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

8. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Defenisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

9. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Defenisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Defenisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Bagian keuangan

XII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Defenisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Penanggung jawab ambulance/ kereta jenazah

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

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/ kereta jenazah
Defenisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/ kereta jenazah diajukan oleh pasien/ keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/ kereta

	jenazah. Minimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/ kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/ kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/ kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Penanggung jawab ambulance/ kereta jenazah

XIII. PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Defenisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XIV. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Defenisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\leq 80\%$
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala IPSRS/ Komite Mutu

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Defenisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala IPSRS/ Komite Mutu

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala IPSRS/ Komite Mutu

XV. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Defenisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Laundry/Komite Mutu

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu pendiaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Unit Laundry/Komite Mutu

XVI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Anggota Tim PPI yang terlatih

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompentensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Defenisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 1 Tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI

Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Ketua Komite PPI

2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Defenisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Tim PPI RS

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Defenisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (Phlebitis, Scabies dan ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Tim PPI RS

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,
PELAKSANA,



APRILLA H SIREGAR
Pembina Tingkat I
NIP.19690421 199003 2 003

GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

EDY RAHMAYADI