INDIKATOR KINERJA UTAMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TEBING TINGGI

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT
2. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **KEMAMPUAN MENANGANI LIFE SAVING DI GAWAT DARURAT** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat |
| Definisi Operasional | Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia degan urutan Airway Breath, Circulation |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah Komulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di UGD |
| Sumber Data | Rekam Medik di Gawat Darurat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

1. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
| Definisi Operasional | Tenaga kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

1. 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 |
| Definisi Operasional | Tenaga kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

1. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana |
| Definisi Operasional | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang memungkinkan terjadi sewaktu – waktu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah Tim Penanggulangan Bencana yang ada di Rumah Sakit |
| Denominator | Tidak Ada |
| Sumber Data | Dokter di Gawat Darurat |
| Standar | Satu Tim |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

1. 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, responsive, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Kecepatan pelayanan dokter digawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien dating sampai mendapat pelayanan dokter |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah komulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator | Jumlah Seluruh pasien yang di sampling *(minimal n = 50)* |
| Sumber Data | Dokter di Gawat Darurat |
| Standar | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

1. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat** |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey |
| Denominator | Jumlah Seluruh pasien yang di survey*(minimal n = 50)* |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 70 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

1. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan Keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien |
| Definisi Operasional | Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien dating |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah Pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien dating |
| Denominator | Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 2 perseribu |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

1. Pasien Jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (Khusus untuk Rumah Sakit dengan pelayanan jiwa )

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pasien Jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan Keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa |
| Definisi Operasional | Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah Pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan |
| Denominator | Jumlah Seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukan gejala dan tanda agresif yang di tangani di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

1. Tidak adanya Keharusan untuk membayar uang muka

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka** |
| Dimensi Mutu | Akses dan Keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Uang Muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah Pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka |
| Denominator | Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

1. PELAYANAN RAWAT JALAN
2. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis** |
| Dimensi Mutu | Kompetensi Tehnis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang berkompeten |
| Definisi Operasional | Klinik Spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di RS yang dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah Seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah Seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu sebulan |
| Sumber Data | Register Rawat Jalan Poliklinik Spesialis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan** |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang harus ada di Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan yang spesialistik yang ada di RS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak Ada |
| Sumber Data | Register Rawat Jalan |
| Standar | Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di RS Jiwa** |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang harus ada di Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan yang spesialistik yang ada di RS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak Ada |
| Sumber Data | Register Rawat Jalan |
| Standar | Minimal   1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Neurotik 4. Gangguan Organik |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan** |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik Pada hari kerja di Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Jam Buka Pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah Seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah Seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register Rawat Jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. 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 |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah komulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey |
| Sumber Data | Survey Pasien Rawat Jalan |
| Standar | ≤ 60 menit |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Waktu Tunggu di Rawat Jalan** |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan terhadap pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadappelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah komulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (minimal n = 50 ) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang di Tangani Dengan Strategi DOTS

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang di Tangani Dengan Strategi DOTS** |
| Dimensi Mutu | Akses, Efisiensi |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS |
| Definisi Operasional | pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan dengan 5 strategi penanggulangan TB nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Tiga Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah semua pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang ditangani di RS dalam waktu 3 bulan |
| Sumber Data | Register rawat Jalan, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. PELAYANAN RAWAT INAP
2. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pemberi Pelayanan Rawat Inap** |
| Dimensi Mutu | Kompetensi Tehnis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang berkompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi Pelayanan Rawat Inap adalah Dokter dan tenaga perawat yang berkompeten (minimal D3) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Enam Bulan |
| Periode Analisa | Enam Bulan |
| Nemurator | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap** |
| Dimensi Mutu | Kompetensi Tehnis, Kesinambungan Pelayanan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan |
| Definisi Operasional | Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang berkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap** |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di RS |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat inap adalah pelayanan RS yang diberikan tirah baring di RS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak Ada |
| Sumber Data | Register Rawat Inap |
| Standar | Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali RS Khusus disesuaikan dengan spesifikasi RS tersebut) |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Jam Visite Dokter Spesialis

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Jam Visite Dokter Spesialis** |
| Dimensi Mutu | Akses, Kesinambungan Pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan |
| Definisi Operasional | Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s.d 14.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiap Bulan |
| Nemurator | Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s.d 14.00 yang disurvey |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan Visite dokter spesialis yang di survey |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kejadian Infeksi Pasca Operasi** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar |
| Definisi Operasional | Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RS yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu ≥ 3 x 24 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiap Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang ada dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 1,5 % |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | Ketua Komite Medik |

1. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Angka Kejadian Infeksi Nosokomial** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial RS |
| Definisi Operasional | Infeksi nosocomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan |
| Sumber Data | Survey laporan infeksi nosokomial |
| Standar | ≤ 1,5 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan / Kematian

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan / Kematian** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selam dirawat baik akibat jatuh dan berakibat kecacatan dan kematian |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiap Bulan |
| Nemurator | Jumlah seluruh pasien yang dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan dan kematian |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

1. Kematian Pasien ≥ 48 jam

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kematian Pasien ≥ 48 jam** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien dan Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien raawat inap di RS yang aman dan efektif |
| Definisi Operasional | Kematian pasien ≥ 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk RS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah Kejadian Kematian pasien Rawat Inap ≥ 48 jam dlm 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 0,24 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Komite Mutu |

1. Kejadian Pulang Paksa

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kejadian Pulang Paksa** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, Kesinambungan Pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien raawat inap di RS yang aman dan efektif |
| Definisi Operasional | Kematian pasien ≥ 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk RS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 5 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Komite Mutu |

1. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kepuasan Pekanggan Rawat Inap** |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap |
| Definisi Operasional | Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap layanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang disurvey (n Minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Komite Mutu |

1. Pasien Rawat Inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang di Tangani Dengan Strategi DOTS** |
| Dimensi Mutu | Akses, Efisiensi |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS |
| Definisi Operasional | pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan dengan 5 strategi penanggulangan TB nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Tiga Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah semua pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang ditangani di RS dalam waktu 3 bulan |
| Sumber Data | Register rawat inap, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Inap |

1. Ketersedian Pelayanan Rawat Inap di RS yang memberikan pelayanan Jiwa

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS Jiwa** |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang harus ada di Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan yang spesialistik yang ada di RS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak Ada |
| Sumber Data | Register Rawat Jalan |
| Standar | Minimal   1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Neurotik 4. Gangguan Organik |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Inap |

1. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Kejadian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap yang aman bagi pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian pasien jiwa Karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiap Bulan |
| Nemurator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien gangguan Jiwa bunuh diri dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Kejadian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RS jiwa yg efektif |
| Definisi Operasional | Lamanya waktu Pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah Sakit Jiwa |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Enam Bulan |
| Nemurator | Jumlah seluruh pasien yang dipulangkan dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien gangguan Jiwa yang kembali dirawat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dipulangkan dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, Kompetensi Tehnis |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RS jiwa yg efektif |
| Definisi Operasional | Lamanya Waktu Perawatan pasien gangguan jiwa di RS jiwa |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Enam Bulan |
| Nemurator | Jumlah Rata – rata Perawatan Pasien Gangguan Jiwa 6 Minggu Lamanya Waktu Perawatan pasien gangguan jiwa di RS jiwa |
| Denominator | Tidak Ada |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 6 minggu |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. BEDAH SENTRAL
2. Waktu Tunggu Operasi Elektif

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Waktu Tunggu Operasi Elektif** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, Kesinambungan Pelayanan, Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan, efisisensi |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu oprasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Nemurator | Jumlah komulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah Pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 2 Hari |
| Penanggung Jawab | Ketua Instalasi Bedah Sentral |

1. Kejadian Kematian Dimeja Operasi

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kejadian Kematian Dimeja Operasi** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anastesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kematian Dimeja Operasi Adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan anastesi maupun tindakan pembedahan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiap Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah Pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien |
| Standar | ≤ 1 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Instalasi Bedah Sentral |

1. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Satu Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurang jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah Pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Instalasi Bedah Sentral |

1. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Satu Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurang jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah Pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Instalasi Bedah Sentral |

1. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah tindakan pada operasi adalah kejadian dimana pasien mengalami operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Satu Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurang jumlah pasien yang mengalami salah tindakan pada operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Denominator | Jumlah Pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Instalasi Bedah Sentral |

1. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah tindakan pada operasi adalah kejadian dimana pasien mengalami operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Satu Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurang jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah Pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis, Laporan Keselamatan Pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Instalasi Bedah Sentral |

1. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anastesi dan salah Penempatan Endotracheal tube

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anantesi dan salah Penempatan Endotracheal tube |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung |
| Definisi Operasional | Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penenmpatan endotracheal tube |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Satu Bulan |
| Nemurator | Jumlah Pasien yang mengalami Komplikasi anastesi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah Pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 6 % |
| Penanggung Jawab | Ketua Instalasi Bedah Sentral |

1. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RS KHUSUS DI LUAR RS IBU dan ANAK
2. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan RS terhadap pelayanan persalinan |
| Definisi Operasional | Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan |
| Denominator | Jumlah pasien persalinan dengan pendarahan |
| Sumber Data | Rekam Medis Rumah Sakit |
| Standar | Pendarahan < 1 %, Pre-eklamsia < 30%, Sepsis < 0,2 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pemberi Pelayanan Persalinan Normal** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan RS terhadap pelayanan persalinan |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umu terlatih, dan bidan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pemberi Pelayanan Persalinan Normal** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan RS terhadap pelayanan persalinan |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter SP.OG, dokter umum dan bidan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Tersedianya dokter Sp.OG, dokter umum terlatih dan bidan yang terlatih |
| Denominator | Tidak Ada |
| Sumber Data | Kepegawaian dan Rekam Medis |
| Standar | Tersedia |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pemberi Pelayanan Persalinan Normal** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan RS terhadap pelayanan persalinan |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter SP.OG, dokter umum dan bidan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter Spesialis Anak, Anastesi, yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi |
| Denominator | Jumlah seluruh Tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan RS dalam menangani BBLR |
| Definisi Operasional | BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 – 2500 gr |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah seluruh BBLR yang berhasil ditangani |
| Denominator | Jumlah Seluruh BBLR yang ditangani |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria** |
| Dimensi Mutu | Keselamatan Pasien, efektifitas, Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya pertolongan di RS yang sesuai dengan Indikasi dan Efisiensi |
| Definisi Operasional | Seksio Cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu Bulan |
| Denominator | Jumlah Seluruh Persalinan dalam satu Bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | < 100 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Keluarga Berencana

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Keluarga Berencana** |
| Dimensi Mutu | Ketersediaan Pelayanan Kontrasepsi Mantab |
| Tujuan | Mutu dan Kesinambungan Pelayanan |
| Definisi Operasional | Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jenis Pelayanan KB Mantab |
| Denominator | Jumlah Peserta KB |
| Sumber Data | Rekam Medis dan laporan KB RS |
| Standar | < 100 % |
| Penanggung Jawab | Direktur Pelayanan Medik |

1. Konseling KB Mantap

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Konseling KB Mantap** |
| Dimensi Mutu | Ketersediaan Pelayanan Kontrasepsi Mantap |
| Tujuan | Mutu dan Kesinambungan Pelayanan |
| Definisi Operasional | Proses Konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jenis Pelayanan KB Mantab |
| Denominator | Jumlah Peserta KB |
| Sumber Data | Laporan Unit Layanan KB |
| Standar | < 100 % |
| Penanggung Jawab | Direktur Pelayanan Medik |

1. Kepuasan Pelanggan

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kepuasan Pelanggan** |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey |
| Denominator | Jumlah total pasien yang di survey ( n minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | > 80 % |
| Penanggung Jawab | Direktur Pelayanan Medik |

1. PELAYANAN INTENSIF
2. Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 Jam

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 Jam** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan |
| Definisi Operasional | Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat diruang intensif dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | < 3 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pemberi Pelayanan Unit Intensif** |
| Dimensi Mutu | Kompetensi Tehnis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan intensif adalah dokter SP.An dan Dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah tenag dokter SP.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Komite Medik |

1. RADIOLOGI
2. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto** |
| Dimensi Mutu | Kompetensi Tehnis |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi |
| Definisi Operasional | Waktu utungu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | < 3 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Radiologi |

1. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan** |
| Dimensi Mutu | Kompetensi Tehnis |
| Tujuan | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi Operasional | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan fot rontgen dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register di intalasi Radiologi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Radiologi |

1. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen** |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen |
| Definisi Operasional | Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh Pemeriksaan foto dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Register di intalasi Radiologi |
| Standar | < 2 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Radiologi |

1. Kepuasan Pelanggan

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **Kepuasan Pelanggan** |
| Dimensi Mutu | kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu Bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan |
| Nemurator | Jumlah pasien yang disurvey dan menyatakan puas |
| Denominator | Jumlah total pasien yang di survey (n minimal 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | > 80 % |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Radiologi |

**VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK**

**1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium**

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

**2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium**

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

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

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

**4. Kepuasan pelanggan**

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

**IX. REHABILITASI MEDIK**

|  |  |
| --- | --- |
| Judul | **Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik** |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi  medik |
| Definisi operasional | Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan  tindakan  rehabilitasi  medik  yang  diperlukan  yang  tidak  sesuai  dengan  rencana  asuhan  dan/atau  tidak  sesuai  dengan     pedoman/standar  pelayanan  rehabilitasi  medik. |
| Frekuensi  pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi  jumlah  pasien  yang  mengalami  kesalahan  tindakan  rehabilitasi  medik  dalam  1  bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rehabilitas Medik |

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

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

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

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

**3. Kepuasan Pelanggan**

**X. FARMASI**

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

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

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

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

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

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

**3. Kepuasan Pelanggan**

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

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

**4. Penulisan resep sesuai formularium**

**XI. Gizi**

|  |  |
| --- | --- |
| Judul | **Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien** |
| Dimensi mutu | Efektifitas, akses, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Ketepatan     waktu     pemberian     makanan     kepada     pasien     adalah     ketepatan  penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. |
| Frekuensi  pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah  pasien  rawat  inap  yang  disurvei  yang  mendapat  makanan  tepat  waktu  dalam satu bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei |
| Sumber data | Survey |
| Standar | >90% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

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

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

**1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien**

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

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

**XII. TRANSFUSI DARAH**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Judul | **Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi** |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya    kemampuan    bank    darah    rumah    sakit    dalam    menyediakan  kebutuhan darah. |
| Definisi operasional | Cukup jelas |
| Frekuensi  pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah |

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

**2. Kejadian reaksi transfusi**

**XIII. PELAYANAN GAKIN**

|  |  |
| --- | --- |
| Judul | **Pelayanan   terhadap   pasien   GAKIN   yang   datang   ke   RS   pada   setiap   unit**  **pelayanan** |
| Dimensi mutu | Akses |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin |
| Definisi operasional | Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin |
| Frekuensi  pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit   dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan. |
| Sumber data | Register pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Direktur Rumah Sakit |

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

**XIV. REKAM MEDIK**

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

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

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

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

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

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

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

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

**XV. Pengolahan Limbah**

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

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

**1. Baku mutu limbah cair**

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

**XVI. Administrasi dan Manajemen**

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

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

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

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

**2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja**

**3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat**

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

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

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

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

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

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

**6. Cost Recovery**

**7. Ketepatan   waktu penyusunan laporan keuangan**

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

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

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

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

**XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH**

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

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

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

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

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

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

**XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH**

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

**1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah**

**XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT**

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

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

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

**1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**

**2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

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

**ketentuan kalibrasi.**

**XX. PELAYANAN LAUNDRY**

|  |  |
| --- | --- |
| Judul | **Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap** |
| Dimensi mutu | Efisiensi dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Ketepatan   waktu  penyediaan   linen  adalah   ketepatan  penyediaan   linen  sesuai  dengan ketentuan waktu yang ditetapkan |
| Frekuensi  pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah hari dalam satu bulan  dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laundry |

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

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

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

**XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI**

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

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

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

**1. Tim PPI**

**2. Koordinasi APD**

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

**Keterangan :**

**ILO** **: Infeksi Luka Operasi**

**ILI** **: Infeksi Luka Infus**

**VAP** **: Ventilator Associated Pneumonie**

**ISK** **: Infeksi Saluran Kemih**

**MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS**

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

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

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

**(TB) DI RS**

**A.** **RAWAT JALAN**

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

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

**B.** **RAWAT INAP**

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

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

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

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