



BUPATI BANDUNG BARAT  
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI BANDUNG BARAT  
NOMOR 49 TAHUN 2023  
TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RSUD, PUSKESMAS DAN LABKESDA DI LINGKUNGAN DINAS KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANDUNG BARAT,

- Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan ketentuan Pasal 43 Ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati Bandung Barat tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah, Puskesmas dan Labkesda di Lingkungan Dinas Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Bandung Barat di Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4688);  
2. 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 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);  
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);  
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);  
5. Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 60 Tahun 2019 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal di Lingkungan Pemerintah Daerah (Berita Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2019 Nomor 60 Seri E);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RSUD, PUSKESMAS DAN LABKESDA DI LINGKUNGAN DINAS KESEHATAN.

BAB I  
KETENTUAN UMUM  
Bagian Kesatu  
Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Bandung Barat.
2. Bupati adalah Bupati Bandung Barat.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas, adalah Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD, adalah unit organisasi bersifat khusus yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.
7. Laboratorium Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut Labkesda adalah sarana kesehatan dibawah naungan Pemerintah Daerah yang melaksanakan pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia atau bahan bukan berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan atau faktor yang dapat berpengaruh pada kesehatan perorangan dan masyarakat.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
9. Pimpinan BLUD adalah Direktur RSUD, Kepala UPTD Puskesmas atau Kepala UPTD Labkesda di Lingkungan Dinas Kesehatan.
10. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah

Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

11. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/ atau manfaat pelayanan dasar.
12. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh RSUD/Puskesmas/Labkesda kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
13. Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan pemerintahan.
14. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
15. Upaya Kesehatan Perorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan.
16. Puskesmas Non Rawat Inap adalah Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*home care*), dan pelayanan gawat darurat serta dapat menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal.
17. Puskesmas Rawat Inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

Bagian Kedua  
Maksud dan Tujuan

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk memberi pedoman kepada pemerintah daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal BLUD.
- (2) Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB II  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

RSUD, Puskesmas dan Labkesda mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan pencegahan, penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan serta upaya rujukan.

Bagian Kedua

Jenis Pelayanan, Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu  
Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

(1) Jenis Pelayanan RSUD, Puskesmas dan Labkesda :

- a. Upaya Kesehatan Perorangan, meliputi:
  1. Pelayanan Gawat Darurat;
  2. Pelayanan Rawat Jalan;
  3. Pelayanan Rawat Inap;
  4. Persalinan;
  5. Pelayanan Laboratorium Sederhana;
  6. Pelayanan Farmasi;
  7. Pelayanan Gizi;
  8. Pelayanan Pasien Keluarga Miskin;
  9. Pelayanan Rekam Medik; ..
  10. Pengelolaan Limbah;
  11. Administrasi dan Manajemen;
  12. Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah;
  13. Pelayanan Laundry;
  14. Pemeliharaan;
  15. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; dan
  16. Pelayanan Keamanan.
- b. Upaya Kesehatan Masyarakat:
  1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil;
  2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin;
  3. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir;
  4. Pelayanan Kesehatan Balita;
  5. Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar;
  6. Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif;
  7. Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut;
  8. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi;
  9. Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus;
  10. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat;
  11. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Tuberkulosis (TB); dan
  12. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi HIV.

(2) Indikator, standar nilai, batas waktu pencapaian dan uraian tersusun dalam dokumen SPM Puskesmas, tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini, terdiri dari:

- a. Lampiran I RSUD;
- b. Lampiran II Puskemas;
- c. Lampiran III Labkesda.

**BAB III**  
**PELAKSANAAN**  
**Pasal 5**

- (1) RSUD, Puskesmas dan Labkesda yang menerapkan PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Pimpinan BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**BAB IV**  
**PENERAPAN**  
**Pasal 6**

- (1) Pimpinan BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan menggunakan format Rencana Bisnis dan Anggaran.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, dan penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya, dilaksanakan dengan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal.

**BAB V**  
**PEIBINAAN DAN PENGAWASAN**  
**Bagian Kesatu**  
**Pembinaan**  
**Pasal 7**

- (1) Pembinaan teknis BLUD dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Pembinaan keuangan BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan (PPKD).
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
  - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  - e. penyusunan peraturan perundang-undangan implementasi PPK-BLUD;
  - f. Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
  - g. Pelaksanaan anggaran;
  - h. Akuntansi dan pelaporan keuangan.

Bagian Kedua  
Pengawasan  
Pasal 8

- (1) Pengawasan dilakukan oleh Perangkat Daerah yang mempunyai tugas dan fungsi pengawasan.
- (2) Selain pengawasan yang dilakukan oleh Perangkat Daerah yang mempunyai tugas dan fungsi pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan oleh pengawas internal.
- (3) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Pemimpin BLUD.

BAB VI  
KETENTUAN PENUTUP  
Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Ngamprah  
pada tanggal 8 September 2023  
BUPATI BANDUNG BARAT,

Ttd.

HENGKI KURNIAWAN

Diundangkan di Ngamprah  
pada tanggal 8 September 2023  
SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN BANDUNG BARAT,

Ttd.

ADE ZAKIR

BERITA DAERAH KABUPATEN BANDUNG BARAT TAHUN 2023 NOMOR 49

LAMPIRAN I  
PERATURAN BUPATI BANDUNG BARAT  
NOMOR 49 TAHUN 2023  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN  
LAYANAN UMUM DAERAH PADA RSUD,  
PUSKESMAS DAN LABKESDA DI  
LINGKUNGAN DINAS KESEHATAN

1. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1 Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1 100%
		2 Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2 24 Jam
		3 Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/A LS	3 100%
		4 Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4 Satu tim
		5 Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5 $\leq$ lima menit terlayani, setelah pasien datang
		6 Kepuasan Pelanggan	6 $\geq$ 70 %
		7 Kematian pasien< 24 Jam	7 $\leq$ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8 Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu $\leq$ 48 Jam	8 100%
		9 Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	9 100%
2.	Rawat jalan	1 Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1 100 % Dokter Spesialis
		2 Ketersediaan Pelayanan	2 a. Klinik Anak
			2 b. Klinik Penyakit dalam
			2 c. Klinik Kebidanan
			2 d. Klinik Bedah
		3	3 a. Anak Remaja
			3 b. NAPZA

			c. Gangguan Psikotik
			d. Gangguan Neurotik
			e. Mental Retardasi
			f. Mental Organik
			g. Usia Lanjut
	4 Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	4 Jam buka pelayanan	4 Pukul 08.00 s/d 13.00 WIB Setiap hari kerja kecuali Jumat Pukul 08.00 s/d 11.00 WIB
		5 Waktu tunggu di rawat jalan	5 $\leq$ 60 menit
		6 Kepuasan Pelanggan	6 $\geq$ 90 %
		7 a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	7 a. $\geq$ 60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. $\leq$ 60 %
3.	Rawat Inap	1 Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1 a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		2 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2 100%
		3 Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3 a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4 Jam Visite Dokter Spesialis	4 08.00 s/d 14.00 Setiap hari
		5 Kejadian infeksi pasca operasi	5 $\leq$ 1,5 %
		6 Kejadian Infeksi Nosokomial	6 $\leq$ 1,5 %
		7 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	7 100%
		8 Kematian pasien > 48 jam	8 $\leq$ 0.24 %
		9 Kejadian pulang paksa	9 $\leq$ 5 %

	10 Kepuasan pelanggan	10 $\geq 90\%$
	11 Rawat Inap TB	11
	a Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. $\geq 60\%$
	b Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b. $\geq 60\%$
	12 Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	12 NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
	13 Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	13 100%
	14 Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu $\leq 1$ bulan	14 100%
	15 Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	15 $\leq 6$ minggu
4. Bedah Sentral (Bedah saja)	1 Waktu tunggu operasi elektif	1 $\leq 2$ hari
	2 Kejadian Kematian di meja operasi	2 $\leq 1\%$
	3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3 100%
	4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4 100%
	5 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5 100%
	6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6 100%

		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	7	$\leq 6 \%$
5	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	1	a Perdarahan $\leq 1 \%$ b Pre-eklampsia $\leq 30 \%$ c Sepsis $\leq 0,2 \%$
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	2	a Dokter Sp.OG b Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c Bidan
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3	Tim PONEK yang terlatih
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4	a Dokter Sp.OG b Dokter Sp.A c Dokter
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5	100%
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6	$\leq 20 \%$
		7	Keluarga Berencana	7	100%
		a.	Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih		
		b.	Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih		
		8	Kepuasan Pelanggan	8	$\geq 80 \%$
6	Intensif	1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1	$\leq 3 \%$

		2 Pemberi pelayanan Unit Intensif	2	a Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
7	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1	$\leq$ 3 jam
		2 pelaksana ekspertisi	2	Dokter Sp.Rad
		3 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3	Kerusakan foto $\leq$ 2 %
		4 Kepuasan pelanggan	4	$\geq$ 80 %
8	Lab. Patologi Klinik	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	1	$\leq$ 140 menit Kimia darah & darah rutin
		2 Pelaksana ekspertisi	2	Dokter Sp.PK
		3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	3	100%
		4 Kepuasan pelanggan	4	$\geq$ 80 %
9	Rehabilitasi Medik	1 Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1	$\leq$ 50 %
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2	100%
		3 Kepuasan Pelanggan	3	$\geq$ 80 %
10	Farmasi	1 waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	1	 a $\leq$ 30 menit b $\leq$ 60 menit
		2 Tidak adanya Kejadian kesalahan pernberian obat	2	100%
		3 Kepuasan pelanggan	3	$\geq$ 80 %
		4 Penulisan resep sesuai formularium	4	100%
11	Gizi	1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1	$\geq$ 90 %

		2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2 $\leq 20\%$
		3 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3 100%
12	Transfusi Darah	1 Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1 100 % terpenuhi
		2 Kejadian Reaksi transfusi	2 $\leq 0,01\%$
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
14	Rekam Medik	1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1 100%
		2 Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	2 100%
		3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	3 $\leq 10$ menit
		4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	4 $\leq 15$ menit
15	Pengelolaan Limbah	1 Baku mutu limbah cair	a BOD $< 30$ mg/1 b COD $< 80$ mg/1 c TSS $< 30$ mg/1 d PH 6-9
		2 Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2 100%
16	Administrasi dan manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1 100%
		2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2 100%
		3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3 100%
		4 Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	4 100%
		5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5 $\geq 60\%$
		6 Cost recovery	6 $\geq 40\%$

		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7	100%
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8	$\leq$ 2 jam
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9	100%
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	1	24 jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	2	$\leq$ 230menit
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	3	(?) Sesuai ketentuan daerah (?)
18	Pemulasaraan Jenazah		Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah		$\leq$ 2 Jam
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1	$\leq$ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2	100%
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3	100%
20	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1	100%
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2	100%
21	Pencegahan dan	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	1	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %

pengendalian infeksi (PPI)	2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	2	60%
	3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	3	75%

## URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

### I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

#### 1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

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

#### 2. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

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

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS</b>
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 pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

#### 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

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

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

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )

Sumber Data	Sample
Standar	$\leq 5$ menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu
Pengumpulan data	

## 6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu
Pengumpulan data	

## 7. Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat

Judul	<b>Kematian Pasien <math>\leq 24</math> jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq 24$ jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2$ perseribu
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Pengumpulan data	

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

Judul	<b>Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam</b>
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 menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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

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

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

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

### 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

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

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

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

### 4. Buka pelayanan sesuai ketentuan

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

### 5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu tunggu di Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien

Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	$\leq 60$ menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

## 6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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

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

Judul	<b>Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi pelayanan rawat inap

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

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

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

#### 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit

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

#### 4. Jam visite dokter spesialis

Judul	<b>Jam visite dokter spesialis</b>
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 tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

#### 5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

## 6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	<b>Angka kejadian infeksi nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian

Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

### 8. Kematian Pasien > 48 Jam

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

### 9. Kejadian pulang paksa

Judul	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	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	Ketua komite mutu/tim mutu

### 10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
-------	--------------------------------------

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

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

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

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

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa</b>
-------	---

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

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

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

### 14. Kejadian (*re-admision*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu $\leq 1$ bulan

Judul	<b>Kejadian (<i>re-admision</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu <math>\leq 1</math> bulan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif

Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan 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 $\leq$ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

### 15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

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

#### IV. BEDAH SENTRAL

##### 1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 2$ hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

##### 2. Kejadian kematian dimeja operasi

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

##### 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

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

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

**1. Kejadian kematian ibu karena persalinan**

Judul	<b>Kejadian kematian ibu karena persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik <math>&gt; 160</math> mmHg dan diastolik <math>&gt; 110</math> mmHg</li> <li>- Proteinuria <math>&gt; 5</math> gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah.....</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan $< 1\%$ pre-eklampsia $< 30\%$ , sepsis $< 0,2\%$
Penanggung jawab	Komite medik

**2. Pemberi pelayanan persalinan normal**

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan normal</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan

	pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

### 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

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

### 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

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

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

Judul	<b>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan

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

## 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

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

## 7.a. Keluarga Berencana

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

### 7.b. Konseling KB Mantap

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

### 8. Kepuasan Pelanggan

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

## VI. PELAYANAN INTENSIF

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

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

### 2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

## VII. RADIOLOGI

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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

### 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

### 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
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	1 bulan

data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

#### 4. Kepuasan pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</b>
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 disurveydalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium</b>
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	<b>Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium</b>
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 dikurang 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	<b>Kepuasan pelanggan</b>
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

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

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

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</b>
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 Rehabilitasi Medik

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan

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

## X. FARMASI

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

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
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 disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

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

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
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 disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi :
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salah dalam memberikan jenis obat</li> <li>2. Salah dalam memberikan dosis</li> <li>3. Salah orang</li> <li>4. Salah jumlah</li> </ol>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei

	dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Kepuasan Pelanggan

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

### 4. Penulisan resep sesuai formularium

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

## XI. Gizi

### 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

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

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

Judul	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
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 disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</b>
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 disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.

Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## XII. TRANSFUSI DARAH

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

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

### 2. Kejadian reaksi transfusi

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

### **XIII. PELAYANAN GAKIN**

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

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
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

#### XIV. REKAM MEDIK

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

Judul	<b>Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</b>
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 $\leq$ 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 disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

##### 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	<b>Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas</b>
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 consent 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 disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

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

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</b>
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 medik yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

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

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
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

## XV. Pengolahan Limbah

### 1. Baku mutu limbah cair

Judul	<b>Baku mutu limbah cair</b>
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

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

Judul	<b>Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
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%
Penanggungjawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

## XVI. Administrasi dan Manajemen

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

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

### 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
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
------------------	----------

### 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

### 4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

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

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

Judul	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah

	sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### **6. Cost Recovery**

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

#### **7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
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

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

Judul	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
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

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

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

## XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

### 1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

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

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

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

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

Judul	<b>Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan</b>
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi	

operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

## XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

### 1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah</b>
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

## **XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT**

### **1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**

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

### **2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

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

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

Judul	<b>Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.</b>
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 (BPK)

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

## XX. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

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

Judul	<b>Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</b>
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

## XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. Tim PPI

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

### 2. Koordinasi APD

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

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

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit</b>
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan

	pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

**Keterangan :**

**ILO** : Infeksi

**Luka Operasi**

**ILI** : Infeksi

**Luka Infus**

**VAP** : Ventilator

**Associated Pneumonie**

**ISK** : Infeksi Saluran

**Kemih**

## MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS

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

### A. RAWAT JALAN

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

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

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

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

### B. RAWAT INAP

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

Judul	<b>Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>

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

## 2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS</b>
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

BUPATI BANDUNG BARAT,

Ttd.

HENGKI KURNIAWAN

LAMPIRAN II  
PERATURAN BUPATI BANDUNG BARAT  
NOMOR 49 TAHUN 2023  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN  
LAYANAN UMUM DAERAH PADA RSUD,  
PUSKESMAS DAN LABKESDA DI  
LINGKUNGAN DINAS KESEHATAN

**A. Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan**

**1) Upaya Kesehatan Perorangan**

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat Jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Persalinan;
- e. Pelayanan Laboratorium Sederhana;
- f. Pelayanan Farmasi;
- g. Pelayanan Gizi;
- h. Pelayanan Pasien Keluarga Miskin;
- i. Pelayanan Rekam Medik;
- j. Pengelolaan Limbah;
- k. Administrasi dan Manajemen;
- l. Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah;
- m. Pelayanan Laundry;
- n. Pemeliharaan;
- o. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; dan
- p. Pelayanan Keamanan.

**2) Upaya Kesehatan Masyarakat**

- a. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
- b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- d. Pelayanan kesehatan balita;
- e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
- l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

**B. Standar Pelayanan Minimal Puskesmas**

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
1	Pelayanan Pemeriksaan Rawat Jalan di BP Umum	1. Pemberi pelayanan di klinik Umum 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan 3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan spesialistik secara periodic di BP Umum 4. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan 5. Waktu tunggu di rawat jalan. 6. Kapuasan pelanggan pada rawat jalan	100 % 100 % 100 % 100% ≤ 30 menit ≥ 80 %	Tiga tahun
2	Pelayanan Pemeriksaan Rawat Jalan di Poli Gigi	1. Pemberi pelayanan di klinik Gigi 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di Poli Gigi 3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan 4. Waktu tunggu di rawat jalan. 5. Kapuasan pelanggan pada rawat jalan	100 % 100 % 100 % ≤ 60 menit ≥ 80 %	Tiga tahun
3	Pemeriksaan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 120 menit. 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK 3. Tidak adanya kesalahan	≥ 90 % 100 % 100 % ≥ 80 %	Tiga tahun

		pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan		
4	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi $< 20$ menit 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq 30$ menit 3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat 4. Kepuasan pelanggan 5. Penulisan resep sesuai formularium	100 % 100 % 100 % $\geq 80$ % $\geq 80$ %	Tiga tahun
5	Pelayanan Pendaftaran dan rekam medik	1. Waktu pendaftaran dan penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan $\leq 5$ menit	100%	Tiga tahun
6	Pemeliharaan Sarana Puskesmas	1. Kecepatan waktu menanggapai kerusakan alat. 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	$\geq 80$ % 100 % $\geq 50$ %	Tiga tahun
7	Pencegahan Pengendalian Infeksi &	1. Tersedia APD di setiap instalasi 2. Kejadian infeksi paska operasi	$\geq 60$ % $\leq 1,5$ %	Tiga tahun

### C. Uraian Standar Pelayanan Minimal

#### 1. Pelayanan KIA

##### a. Cakupan kunjungan Ibu hamil K-4

Judul	Pelayanan KIA
Indikator	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4
Dimensi Mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan	Mengetahui tingkat keaktifan ibu hamil dan kualitas pelayanan ibu hamil di fasilitas kesehatan
Definisi Operasional	Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah bumil yang memperoleh pelayanan antenatal K4 di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
Denominator	Jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama
Sumber data	KIA Puskesmas, BPRB, DPS, BPS, klinik
Standar	97 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator KIA Puskesmas

##### b. Cakupan Ibu Hamil dengan komplikasi yang ditangani

Judul	Pelayanan ANC
Indikator	Cakupan Ibu Hamil dengan Komplikasi yang ditangani
Dimensi Mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan	Mengetahui tingkat penanganan ibu hamil dengan komplikasi oleh tenaga kesehatan
Definisi Operasional	Ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang mendapat penanganan definitive sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas Ponred, Rumah bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSU PONEK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan

Numerator	Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapat penanganan definitive di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
Sumber data	KIA Puskesmas, BPRB, DPS, BPS, klinik, masyarakat
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator KIA Puskesmas

- c. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan

Judul	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
Indikator	Cakupan Pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
Dimensi Mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan	Mengetahui tingkat penanganan persalinan oleh tenaga kesehatan
Definisi Operasional	Pelayanan ibu bersalin di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih yang memiliki kompetensi kebidanan pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas Ponred, Rumah bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSU PONEK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapat penanganan definitive di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah ibu bersalin di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
Sumber data	KIA Puskesmas, BPRB, DPS, BPS, klinik, masyarakat
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator KIA Puskesmas

- d. Cakupan pelayanan nifas

Judul	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
Indikator	Cakupan Pelayanan Nifas

Dimensi Mutu	Keselamatan dan keamanan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui pelayanan ibu nifas oleh tenaga kesehatan
Definisi Operasional	Pelayanan kepada ibu dan neonatal pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan sesuai standar
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas, sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
Denominator	Seluruh ibu nifas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
Sumber data	KIA Puskesmas, BPRB, DPS, BPS, klinik
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator KIA Puskesmas

e. Cakupan Neonatus yang ditangani

Judul	Pelayanan
Indikator	Cakupan Neonatus Yang ditangani
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui tingkat penanganan neonatus dengan komplikasi oleh tenaga kesehatan
Definisi Operasional	Neonatus dengan komplikasi pada satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah neonatus dengan komplikasi yang tertangani.
Denominator	Jumlah seluruh neonatus dengan komplikasi yang ada.
Sumber data	KIA Puskesmas, BPRB, DPS, BPS, klinik
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator KIA Puskesmas

f. Cakupan kunjungan bayi

Judul	Pelayanan KIA
-------	---------------

Indikator	Cakupan Kunjungan Bayi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui tingkat pelayanan bayi oleh tenaga kesehatan
Definisi Operasional	Cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 4 kali di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu..
Denominator	Jumlah seluruh bayi lahir hidup di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
Sumber data	KIA Puskesmas, BPRB, DPS, BPS, klinik
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator KIA Puskesmas

## 2. Pelayanan Imunisasi

Judul	Pelayanan Imunisasi
Indikator	Cakupan Desa / Kelurahan <i>Universal Child Imunization</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui tingkat keamanan wilayah terhadap PD3I (Penyakit Dapat Ditangani Dengan Imunisasi)
Definisi Operasional	Desa / kelurahan dimana $\geq 95\%$ dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap tahun
Numerator	Jumlah desa / kelurahan UCI.
Denominator	Seluruh desa / kelurahan.
Sumber data	KIA Puskesmas, BPRB, DPS, BPS, klinik, Posyandu
Standar	95 %
Penanggung jawab pengumpul data	Programer imunisasi Puskesmas

## 3. Pelayanan Anak Balita

Judul	Pelayanan Anak Balita
Indikator	Cakupan Pelayanan Anak Balita
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui tingakt pertumbuhan dan perkembangan anak balita
Definisi Operasional	Anak balita (12-59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali di satu wilayah kerja pada waktu tertentu.
Denominator	Jumlah seluruh anak balita di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
Sumber data	Kohort Puskesmas
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator KIA Puskesmas

#### 4. Pelayanan Gizi

- a. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin

Judul	Pelayanan Gizi
Indikator	Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI pada anak usia 6 -24 bulan keluarga miskin
Dimensi Mutu	Keselamatan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui pemanfaatan PASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin
Definisi Operasional	Adalah pemberian makanan pendamping anak kurus umur 6-24 bulan dari keluarga miskin selama 90 hari.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah anak kurus umur 6 -24 bulan dari keluarga miskin yang mendapat MP -ASI.
Denominator	Jumlah seluruh anak kurus umur 6 – 24 bulan dari keluarga miskin.
Sumber data	Gizi puskesmas, posyandu
Standar	Target 80 %

Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program gizi puskesmas
---------------------------------	---------------------------------

b. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan

Judul	Pelayanan Gizi
Indikator	Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan
Dimensi Mutu	Keselamatan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui tingkat penanganan balita gizi buruk
Definisi Operasional	Adalah jumlah kasus balita gizi buruk yang dirawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kasus gizi buruk mendapat perawatan.
Denominator	Jumlah kasus gizi buruk yang ditemukan dari suatu wilayah kerja.
Sumber data	UGD pusk, BP Umum, Gizi, KIA Puskesmas, posyandu
Standar	Target 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program gizi pusk

5. Pelayanan usaha kesehatan sekolah

a. Cakupan penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat

Judul	Pelayanan Usaha Kesehatan Sekolah
Indikator	Cakupan Penjaringan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat
Dimensi Mutu	Keselamatan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui derajat kesehatan siswa baru
Definisi Operasional	Adalah jumlah siswa SD kelas I yang diperiksa pada waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah siswa kelas I SD / setingkat yang diperiksa pada waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tahun
Periode Analisa	Setiap tahun
Numerator	Jumlah siswa SD kelas I yang diperiksa pada waktu tertentu.
Denominator	Jumlah siswa kelas I SD / setingkat yang diperiksa pada waktu tertentu.
Sumber data	Sekolah dasar, programer UKS Pusk, programer UKGS Pusk.
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program UKS Pusk

6. Pelayanan KB

Cakupan peserta KB aktif

Judul	Pelayanan KB
Indikator	Cakupan Peserta KB Aktif
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui jumlah dan tingkat penggunaan kontrasepsi
Definisi Operasional	Adalah jumlah peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah PUS.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah peserta KB aktif
Denominator	Jumlah Pasangan Usia Subur.
Sumber data	PLKB, BPRS, BPS, DPS, KIA.
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program KB

7. Pelayanan dan penanganan penderita penyakit

a. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit AFP

Judul	Pelayanan dan Penanganan Penderita Penyakit
Indikator	Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit Acute Flaccid Paralysis
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui jumlah dan penanganan kasus AFP
Definisi Operasional	Adalah jumlah kasus AFP yang dilaporkan di wilayah kerja dibandingkan dengan jumlah perkiraan kasus AFP yang dilaporkan di wilayah kerja.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kasus AFP yang dilaporkan di wilayah kerja
Denominator	Jumlah Perkiraan kasus AFP di wilayah kerja.
Sumber data	BP pusk, UGD pusk, KIA Puskesmas, DPS, BPS, BPRB, klinik, masyarakat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Petugas Surveilans

b. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit pneumonia balita

Judul	Pelayanan dan Penanganan Penderita Penyakit
Indikator	Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit Pneumonia balita
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui jumlah dan penanganan kasus pneumonia
Definisi Operasional	Adalah jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibandingkan jumlah perkiraan penderita pneumonia balita di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
Denominator	Jumlah Perkiraan penderita pneumonia di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

Sumber data	BP pusk, UGD pusk, KIA Puskesmas, BPRB,BPS,DPS, klinik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program ISPA

c. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TB BTA positif

Judul	Pelayanan dan Penanganan Penderita Penyakit
Indikator	Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit TB BTA positif
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui jumlah dan penanganan kasus TB BTA (+)
Definisi Operasional	Adalah jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dalam satu wilayah selama 1 tahun dibandingkan dengan jumlah perkiraan penderita TB BTA positif di satu wilayah kerja dalam 1 tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dalam satu wilayah selama 1 tahun
Denominator	Jumlah perkiraan penderita TB BTA positif di satu wilayah kerja dalam 1 tahun
Sumber data	BP pusk, UGD pusk, KIA pusk, BPRB, BPS, DPS, Klinik.
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program TB Pusk

d. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit DBD

Judul	Pelayanan dan Penanganan Penderita Penyakit
Indikator	Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita penyakit DBD
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui jumlah dan penanganan kasus DBD
Definisi Operasional	Adalah jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai SOP di satu wilayah dalam waktu 1 tahun dibandingkan jumlah penderita DBD yang ditemukan di satu wilayah dalam waktu satu tahun yang sama.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Adalah jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai SOP di satu wilayah dalam waktu 1 tahun
Denominator	Jumlah penderita DBD yang ditemukan di satu wilayah dalam waktu satu tahun yang sama.
Sumber data	KDRS dari RS.
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program DBD

e. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit diare

Judul	Pelayanan dan Penanganan Penderita Penyakit
Indikator	Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit Diare
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui jumlah kasus dan penanganan kasus diare
Definisi Operasional	Adalah jumlah penderita Diare yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dan kader di suatu wilayah tertentu dalam waktu 1 tahun dibandingkan jumlah perkiraan penderita diare di suatu wilayah tertentu dalam waktu yang sama.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah penderita Diare yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dan kader di suatu wilayah tertentu dalam waktu 1 tahun
Denominator	dibandingkan jumlah perkiraan penderita diare di suatu wilayah tertentu dalam waktu yang sama.
Sumber data	BP pusk, UGD pusk, KIA pusk, klinik, BPRB, BPS, DPS.
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pemegang program Diare

8. Pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin

a. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin

Judul	Pelayanan Kesehatan Dasar Pasien Masyarakat Miskin
Indikator	Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat Miskin
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan

Tujuan	Mengetahui tingkat pemanfaatan kartu jaminan kesehatan masyarakat miskin
Definisi Operasional	Adalah jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin (Jamkesmas) di sarana kesehatan strata pertama di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah kunjungan pasien maskin (Jamkesmas) 1 tahun (lama & baru) di sarana kesehatan strata 1
Denominator	Jumlah seluruh maskin di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
Sumber data	Bagian pendaftaran puskesmas .
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pengelola Jamkesmas Puskesmas

## 9. Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB

a. Cakupan Desa/Kalurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam

Judul	Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB
Indikator	Cakupan desa / kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi $\leq$ 24 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui kecepatan penanganan KLB oleh puskesmas
Definisi Operasional	Adalah desa / kelurahan mengalami kejadian luar biasa ( KLB) yang ditangani kurang 24 jam oleh Puskesmas pada periode / kurun waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bila ada kasus
Periode Analisa	Bila ada kasus
Numerator	Cakupan KLB desa / jml KLB di desa / kelurahan yang ditangani < 24 jam dalam periode tertentu
Denominator	Jumlah KLB di desa / kelurahan yang terjadi pada periode yang sama.
Sumber data	BP umum pusk, UGD pusk, KIA pusk, BPRB, BPS, DPS, Klinik, Masyarakat
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	Bagian surveilans
---------------------------------	-------------------

10. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

a. Cakupan Desa Siaga Aktif

Judul	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
Indikator	Cakupan Desa Siaga Aktif
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui tingkat kemampuan dan kemandirian desa dalam penanganan kesehatan di masyarakat
Definisi Operasional	Adalah desa yang mempunyai pos koordinasi kesehatan desa (poskokesdes) atau UKBM lainnya yang buka setiap hari dan berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveylance berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan (gizi), penyakit, lingkungan dan perilaku sehingga masyarakatnya menerapkan PHBS dibandingkan dengan jumlah desa siaga yang dibentuk.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap tahun
Numerator	Jumlah desa siaga yang aktif
Denominator	Jumlah desa siaga yang dibentuk.
Sumber data	Bidan desa, kader posyandu
Standar	80 % purnama
Penanggung jawab pengumpul data	Programer promosi kesehatan puskesmas

**D. Pelayanan Obat**

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi <30 Menit

Judul	Pelayanan Obat
Indikator	Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 20 menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan obat
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil 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	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Pelayanan obat

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan ≤30 Menit

Indikator	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤30 menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil 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 jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Pelayanan Obat

c. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Pelayanan Obat
Indikator	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Puskesmas

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 30)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Pelayanan Obat

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Pelayanan Obat
Indikator	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	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Pelayanan obat

**E. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

Indikator	Tersedianya alat pelindung diri (APD)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien

	atau pengunjung dari penularan penyakit di Puskesmas seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah ruangan yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah semua ruangan Pelayanan Pasien
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### F. Pemeliharaan Sarana Puskesmas

##### a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Pemeliharaan Sarana Puskesmas
Indikator	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 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
Denominator	Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Bendahara Barang

##### b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Pemeliharaan Sarana Puskesmas
Indikator	Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	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 pengumpul data	Bendahara barang

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

Judul	Pemeliharaan Sarana Puskesmas
Indikator	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam Satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam Satu tahun
Sumber data	Buku register kalibrasi alat
Standar	$\geq 50\%$

Penanggung jawab pengumpul data	Bendahara barang
---------------------------------------	------------------

BUPATI BANDUNG BARAT,

Ttd.

HENGKI KURNIAWAN

LAMPIRAN III  
PERATURAN BUPATI BANDUNG BARAT  
NOMOR 49 TAHUN 2023  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN  
LAYANAN UMUM DAERAH PADA RSUD,  
PUSKESMAS DAN LABKESDA DI  
LINGKUNGAN DINAS KESEHATAN

**A. Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan**

**1) Upaya Kesehatan Perorangan**

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat Jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Persalinan;
- e. Pelayanan Laboratorium Sederhana;
- f. Pelayanan Farmasi;
- g. Pelayanan Gizi;
- h. Pelayanan Pasien Keluarga Miskin;
- i. Pelayanan Rekam Medik;
- j. Pengelolaan Limbah;
- k. Administrasi dan Manajemen;
- l. Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah;
- m. Pelayanan Laundry;
- n. Pemeliharaan;
- o. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; dan
- p. Pelayanan Keamanan.

**2) Upaya Kesehatan Masyarakat**

- a. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
- b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- d. Pelayanan kesehatan balita;
- e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
- l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

## **B. Pelayanan Laboratorium**

### a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Pelayanan Laboratorium
Indikator	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
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 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	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Laboratorium

### b. Pelaksana Expertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium Dokter SpPk

Judul	Pelayanan Laboratorium
Indikator	Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK
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 tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan.
Sumber data	SIMPUS
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Laboratorium

c. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelayanan Laboratorium
Indikator	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 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 satu bulan tersebut.
Sumber data	SIMPUS
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Laboratorium

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Pemeriksaan Laboratorium
Indikator	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	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Pokja Yanmed

#### **C. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

Indikator	Tersedianya alat pelindung diri (APD)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di LABKESDA seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah ruangan yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah semua ruangan Pelayanan Pasien
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	Ketua tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### **D. Rekam Medik**

Judul	Pelayanan Pendaftaran dan Rekam Medik
Indikator	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan $\leq 5$ menit

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 rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Pokja Yanmed

**E. Pemeliharaan Sarana LABKESDA**

d. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Pemeliharaan Sarana LABKESDA
Indikator	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 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
Denominator	Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan

Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Bendahara Barang

e. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Pemeliharaan Sarana LABKESDA
Indikator	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	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 pengumpul data	Bendahara barang

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

Judul	Pemeliharaan Sarana LABKESDA
Indikator	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPFK)

Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam Satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam Satu tahun
Sumber data	Buku register kalibrasi alat
Standar	$\geq 50\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Bendahara barang

BUPATI BANDUNG BARAT,

Ttd.

HENGKI KURNIAWAN