BUPATI BOJONEGORO
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI BOJONEGORO
NOMOR 7 TAHUN 2026

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOJONEGORO,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan dalam Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bojonegoro;

Mengingat :

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten/Kota Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya Dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Jogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah 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 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN SERTA PRINSIP

Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan

Pasal 2

(1) Maksud dibentuknya Peraturan Bupati ini adalah sebagai panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.

(2) Tujuan dibentuknya Peraturan Bupati ini adalah:
   a. menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target nasional, cara perhitungan/rumus/pembilang/dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data yang dapat digunakan sebagai acuan untuk penyusunan dan mengembangan SPM di Rumah Sakit;
   b. menjamin hak masyarakat untuk menerima layanan sesuai dengan SPM;
   c. menentukan dan menyesuaikan jumlah anggaran untuk mencapai SPM;
   d. meningkatkan akuntabilitas Rumah Sakit terhadap masyarakat; dan
   e. menyamakan persepsi, transparansi dan partisipasi pihak-pihak yang berkepentingan dengan Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Prinsip

Pasal 3

Dalam penyusunan SPM, perlu memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

a. konsensus, dibuat berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau dari unsur-unsur terkait;

b. sederhana, disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
c. nyata, disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
d. terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
e. terbuka, dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
f. terjangkau, dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
g. akuntabel, dapat dipertanggunggugatkan kepada publik; dan
h. bertahap, mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, TARGET PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Pasal 4

(1) Jenis Pelayanan minimal yang wajib disediakan oleh Rumah Sakit meliputi:
   a. Pelayanan Gawat Darurat;
   b. Pelayanan Rawat Jalan;
   c. Pelayanan Rawat Inap;
   d. Pelayanan Bedah;
   e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
   f. Pelayanan Perawatan Intensif;
   g. Pelayanan Radiologi;
   h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
   i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
   j. Pelayanan Farmasi;
   k. Pelayanan Gizi;
   l. Pelayanan Transfusi Darah;
   m. Pelayanan Keluarga Miskin;
   n. Pelayanan Rekam Medis;
   o. Pengolahan Limbah;
   p. Pelayanan Administrasi Manajemen;
   q. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah;

r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
t. Pelayanan Laundry; dan
u. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

(2) Jenis Pelayanan, Indikator, Standar, dan Target Pencapaian SPM Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

(3) Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PERENCANAAN, PELAKSANAAN DAN PELAPORAN SPM

Bagian Kesatu
Perencanaan

Pasal 5

(1) Direktur bertanggungjawab menyusun perencanaan dan pencapaian SPM.

(2) Direktur menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target SPM dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.

(3) Dalam menyusun perencanaan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Rumah Sakit perlu memperhitungkan dimensi mutu, tujuan, definisi, frekuensi pengumpulan data, standar dan penanggungjawab pengumpul data.

(4) Dalam menyusun perencanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Direktur dapat melibatkan pejabat struktural dan fungsional.

Bagian Kedua
Pelaksanaan

Pasal 6

(1) Direktur bertanggungjawab atas pelaksanaan pelayanan sesuai dengan SPM.

(2) Pelaksanaan pelayanan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga/petugas dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan didukung fasilitas yang memadai.

(3) Ketentuan tentang tata cara pelaksanaan pelayanan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Bagian Ketiga
Pelaporan

Pasal 7

(1) Penanggungjawab pengumpul data pada masing-masing jenis pelayanan pada bidang/bagian dan/atau Instalasi membuat Laporan hasil capaian SPM kepada Direktur melalui bidang/bagian yang membidangi program dan laporan.
(2) Direktur wajib menyampaikan Laporan pencapaian kinerja pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan setiap tahun.

BAB V
PENGAWASAN

Pasal 8

(1) Bupati melakukan pengawasan pencapaian target/kinerja tahunan SPM.
(2) Dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Bupati dibantu oleh Dewan Pengawas dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah Kabupaten Bojonegoro.

Pasal 9

(1) Direktur melaksanakan pengawasan internal untuk pengendalian dan meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan SPM.
(2) Dalam melaksanakan pengawasan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur dibantu Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit dan pejabat struktural yang membidangi.

BAB VI
PENGANGGARAN

Pasal 10

Anggaran dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, pelaporan dan pengawasan SPM dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Pendapatan Rumah Sakit dan sumber pendapatan lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Bojonegoro Nomor 16 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Miminal Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Padangan Kabupaten Bojonegoro (Berita Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2017 Nomor 50), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bojonegoro
pada tanggal 12 Februari 2026
BUPATI BOJONEGORO,

SETYO WAHONO

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI BOJONEGORO
NOMOR 7 TAHUN 2026
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO.

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR DAN TARGET PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Jenis Pelayanan, Indikator, Standar dan Target Pencapaian SPM

A. Pelayanan Gawat Darurat

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Kemampuan menangani *life saving.*	%	100 %	100 %
2.	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat.	Jam	24 Jam	24 Jam
3.	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat masih berlaku *ATLS/BTLS/ACLS/* PPGD.	%	100 %	100 %
4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana.	Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim
5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat.	Menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
6.	Kematian pasien ≤ 24 Jam.	%	≤ 2 %	≤ 2%
7.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	%	100 %	100 %
8.	Kepuasan Pelanggan.	%	≥70 %	≥70 %
9.	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam.	%	100 %	100 %

B. Pelayanan Rawat Jalan

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.	%	100%	100%
2.	Ketersediaan Pelayanan.		Klinik anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah.	Klinik anak, Penyakit Dalam, kebidanan, Bedah.
3.	Ketersediaan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa.		Anak Remaja, NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik.	Anak Remaja, NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik.
4.	Jam buka pelayanan		08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at : 08.00 – 11.00.	100%
5.	Waktu tunggu di rawat jalan.	Menit	≤ 60 mnt	≤60 mnt
6.	Kepuasan Pelanggan.	%	≥ 90 %	≥ 90 %
7.	Penanganan tuberculosis a. penegakan diagnosis tuberculosis dengan pemeriksaan mikroskopis tuberculosis; dan b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan tuberculosis di Rumah Sakit.	%	≥ 60 % ≤ 60 %	≥ 60 % ≤ 60 %

C. Pelayanan Rawat Inap

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap.		a. Dokter Spesialis; dan b. Perawat (minimal D3)	
2.	Penanggung jawab pasien oleh dokter.	%	100%	100%
3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit.	%	100% (Minimal: Anak, Penyakit dalam, kebidanan, bedah)	100% (Minimal: Anak, Penyakit dalam, kebidanan, bedah)
4.	Jam *visite* Dokter Spesialis.	%	setiap hari kerja 08.00 – 14.00	100%
5.	Kejadian infeksi pasca operasi.	%	≤1,5 %	≤1,5 %
6.	Kejadian infeksi nosokomial.	%	≤1,5 %	≤1,5 %
7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian.	%	100%	100%
8.	Kematian pasien > 48 jam.	%	Inter nasional: ≤2,4‰ NDR: ≤25	Inter nasional: ≤2,4‰ NDR: ≤25‰
9.	Kejadian pulang paksa.	%	≤ 5 %	≤ 5 %
10.	Kepuasan pelanggan.	%	≥ 90 %	≥ 90 %
11.	Rawat Inap Tuberculosis: a. penegakan diagnosis tuberculosis melalui pemeriksaan	%	≥ 60 %	≥ 60 %

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
	mikroskopis tuberculosis; dan b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan tuberculosis di rumah sakit.		≥ 60 %	≥ 60 %
12.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan jiwa.		Napza, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan gangguan Mental Organik.	Napza, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan gangguan Mental Organik.
13.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri.	%	100 %	100 %
14.	Kejadian *re-admission* pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 (satu) bulan.	%	100 %	100 %
15.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa.	minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu

D. Pelayanan Bedah

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Waktu tunggu operasi elektif.	Hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari
2.	Kematian di meja operasi.	%	≤ 1 %	≤ 1 %
3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.	%	100 %	100 %
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang.	%	100 %	100 %
5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi.	%	100 %	100 %

6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi.	%	100 %	100 %
7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube.	%	≤ 6 %	≤ 6 %

E. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal		Target Pencapaian
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	%	a. Perdarahan	≤1 %	≤1 %
			b. Pre-eklampsia	≤30 %	≤30 %
			c. Sepsis	≤0,2 %	≤0,2 %
2.	Pemberi Pelayanan persalinan normal	%	Dokter Sp. OG/dokter umum terlatih (APN) dan bidan.		100%
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.	%	Tim PONEK yang terlatih		100%
4.	Persalinan dengan tindakan operasi oleh Dokter	%	Dokter Sp. OG, Dokter Sp. Anak, Dokter Sp. Anastesi.		100%
5.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr.	%	100 %		100 %
6.	Persalinan dengan pertolongan *sectio cesaria.*	%	≤ 20 %		≤ 20 %

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
7.	Keluarga Berencana meliputi: a. Presentase KB mantap (vasektomi & tubektomi) oleh tenaga kompeten (dokter Sp. OG, dr Sp. B, dr. Sp. U); dan b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.	%	100 %	100 %
8.	Kepuasan Pelanggan.	%	≥80 %	≥80 %

F. Pelayanan Perawatan Intensif

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam.	%	≤ 3 %	≤ 3 %
2.	Pemberi Pelayanan pada Unit Intensif	%	a. Dokter Spesialis Anestesi dan Dokter Spesialis lain sesuai dengan kasus yang ditangani; dan b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4.	100%

G. Pelayanan Radiologi

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto.	Jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam

2.	Pelaksana Ekspertisi Dokter Spesialis Radiologi.	%	100 %	100 %
3.	Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen* (kerusakan foto).	%	≤2 %	≤2 %
4.	Kepuasan pelanggan.	%	≥ 80 %	≥ 80 %

H. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah dan darah rutin).	Menit	≤140 menit	≤140 menit
2.	Pelaksanaan ekspertisi oleh dokter Sp.PK.	%	100 %	100 %
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.	%	100 %	100 %
4.	Kepuasan pelanggan.	%	≥ 80 %	≥ 80 %

I. Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan.	%	≤ 50 %	≤ 50 %
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik.	%	100 %	100 %
3.	Kepuasan Pelanggan.	%	≥ 80 %	≥ 80 %

J. Pelayanan Farmasi

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Waktu tunggu pelayanan: a. Obat Jadi; dan b. Obat Racikan.	Menit	≤30 mnt ≤60 mnt	≤30 mnt ≤60 mnt
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	%	100 %	100 %
3.	Kepuasan pelanggan.	%	≥ 80 %	≥ 80 %
4.	Penulisan resep sesuai formularium.	%	100 %	100 %

K. Pelayanan Gizi

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	%	≥90 %	≥90 %
2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.	%	≤20 %	≤20 %
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian diet.	%	100 %	100 %

L. Pelayanan Transfusi Darah

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Kebutuhan darah bagi setiap Pelayanan transfusi.	%	100 %	100 %
2.	Kejadian Reaksi transfusi.	%	≤0,01 %	≤0,01 %

M. Pelayanan Keluarga Miskin

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Pelayanan JKN KIS yang datang ke RUMAH SAKIT pada setiap unit pelayanan.	%	100 %	100 %

N. Pelayanan Rekam Medis

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan.	%	100 %	100 %
2.	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas.	%	100 %	100 %
3.	Waktu Penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan.	Menit	≤10 mnt	≤10 mnt
4.	Waktu Penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap.	Menit	≤15 mnt	≤15 mnt

O. Pengolahan Limbah

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Baku mutu limbah cair:			
	a. BOD;	Mg/l	< 30mg/l	<30mg/l
	b. COD;	Mg/l	< 80mg/l	<80mg/l
	c. TSS; dan	Mg/l	< 30mg/l	<30mg/l
	d. PH 6-9.	6 – 9	6 – 9	6 – 9
2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	%	100 %	100 %

P. Pelayanan Administrasi Manajemen

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	%	100 %	100 %
2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	%	100 %	100 %
3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	%	100 %	100 %
4.	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala.	%	100 %	100 %

5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	%	≥60 %	≥60 %
6.	*Cost recovery.*	%	≥40 %	≥40 %
7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	%	100 %	100 %
8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	Jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	%	100 %	100 %

Q. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Waktu Pelayanan ambulans/ Kereta Jenazah.	Jam	24 jam	24 jam
2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/Kereta Jenazah di Rumah Sakit.	%	≤230 Menit	≤230 Menit
3.	*Response time* pelayanan *ambulance* untuk masyarakat (≤ 30 menit).	%	100 %	100 %

R. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Waktu tanggap *(response time)* pelayanan pemulasaraan jenazah.	Jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam

S. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Kecepatan waktu menangapi kerusakan alat (≤ 15 menit).	%	≤ 80 %	≤ 80 %

2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat.	%	100%	100%
3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	%	100%	100%

T. Pelayanan *Laundry*

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Tidak adanya kejadian *linen* yang hilang.	%	100 %	100 %
2.	Ketepatan waktu penyediaan *linen* untuk ruang rawat inap.	%	100 %	100 %

U. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No	Indikator Kinerja	Satuan	Standar Minimal	Target Pencapaian
1.	Tersedianya anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih.	%	≥75 %	≥75 %
2.	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi/departemen di Rumah Sakit.	%	≥ 60 %	≥ 60 %
3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial di RUMAH SAKIT (minimum 1 parameter).	%	≥ 75 %	≥ 75 %

BUPATI BOJONEGORO,

SETYO WAHONO

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI BOJONEGORO
NOMOR 7 TAHUN 2026
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO.

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak dan Dewasa

Judul	Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat.
Definisi Operasional	*Life Saving* adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *Airway, Breath, Circulation.*
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan *life saving* di Instalasi Gawat Darurat.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan *life saving* di Instalasi Gawat Darurat.
Sumber Data	Rekam medik di Gawat Darurat.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Keterjangkauan.
Tujuan	Tersedianya Pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah hari dalam 1(satu) bulan.
Sumber Data	Laporan bulanan.
Standar	24 jam.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat *ATLS/BTLS/ACLS/*PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang Bersertifikat *ATLS/BTLS/ACLS/*PPGD.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan.
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan *ATLS/BTLS/ACLS/*PPGD.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali.
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat *ATLS/BTLS/ACLS/*PPGD.
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan.
Sumber Data	Kepegawaian.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala unit kerja yang membidangi pendidikan dan pelatihan Rumah Sakit.

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas.
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana.
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu – waktu.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali.
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit.
Denominator	Tidak ada.
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat.
Standar	Satu tim.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat.

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat.
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di Gawat Darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit).
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	3 (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 (*minimal n = 50*).
Sumber Data	*Sample*.
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu.

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey.
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50).
Sumber Data	Survey.
Standar	≥70%.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu.

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat.

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat.
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan.

Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang.
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat.
Sumber Data	Rekam Medik.
Standar	≤ 2 per seribu.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

8. Pasien Jiwa Yang Dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (khusus untuk Rumah Sakit dengan pelayanan jiwa)

Judul	pasien Jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam.
Dimensi Mutu	Efektivitas 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	3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	3 (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 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

9. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka.
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien Gawat Darurat.
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat.
Sumber Data	Survey.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis.
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten.
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk Rumah Sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan *special privilege* yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan

Periode Analisa	3 (tiga) 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 %.
Penanggungjawab pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) 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.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

3. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan kesehatan jiwa.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan kesehatan jiwa .
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) 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; dan d. Gangguan Organik.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

4. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.

Numerator	Jumlah hari 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 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

5. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di rawat jalan.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey.
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan.
Standar	≤ 60 menit.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu.

6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.

Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang Persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (*minimal n = 50*).
Sumber Data	Survey.
Standar	≥ 90 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu.

7. a. Penegakan Diagnosis *Tuberculosis* (TB) Melalui Pemeriksaan Mikroskopis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan Diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis *Tuberculosis* (TB).
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan.
Tujuan	Terlaksananya diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis *Tuberculosis* (TB).
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah penegakkan diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis *Tuberculosis* (TB) di RUMAH SAKIT dalam 3 (tiga) bulan.
Denominator	Jumlah penegakkan Diagnosis *Tuberculosis* (TB) di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan.
Sumber Data	Rekam Medik.
Standar	60 %.
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

b. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan *Tuberculosis* (TB) Di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Efektivitas.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien *Tuberculosis* (TB) yang berobat rawat jalan ke Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah seluruh pasien *Tuberculosis* (TB) rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan.
Denominator	Seluruh kasus *Tuberculosis* (TB) rawat jalan di Rumah Sakit.
Sumber Data	Rekam Medik.
Standar	60 %.
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap.
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3).
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan.
Periode Analisa	6 (enam) 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 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap.

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap.
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan.
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) 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 %.
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap.

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan tirah baring di Rumah Sakit.

	Untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) 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 tersebut).
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap.

4. Jam *visite* Dokter Spesialis

Judul	Jam *visite* dokter spesialis.
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.
Definisi Operasional	*Visite* dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan.
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah *visite* dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey.
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey.
Sumber Data	Survey.
Standar	100 %.

Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu.

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

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

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang 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 3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan.
Sumber Data	Survey, laporan infeksi nosokomial.
Standar	≤ 1,5 %.
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu.

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

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

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian pasien > 48 Jam.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas.
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif.
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	1 (satu) bulan.
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia).
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu.

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa.
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan.
Sumber Data	Rekam Medis.
Standar	≤ 5%.
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu.

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap.
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvey (dalam persen).
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50).
Sumber Data	Survey.
Standar	≥ 90 %.
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu.

11. a. Penegakan Diagnosis *Tuberculosis* (TB) Melalui Pemeriksaan Mikroskopik *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis *Tuberculosis* (TB).
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan.
Tujuan	Terlaksananya diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis *Tuberculosis* (TB).
Definisi Operasional	Penegakkan diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah penegakkan diagnosis *Tuberculosis* (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis *Tuberculosis* (TB) di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan.
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB) di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan.
Sumber Data	Rekam Medik.

Standar	60 %.
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap.

b. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan *Tuberculosis* (TB) Di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Efektivitas.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien *Tuberculosis* (TB) yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah seluruh pasien *Tuberculosis* (TB) rawat inap yang dicatat dan dilaporkan.
Denominator	Seluruh kasus *Tuberculosis* (TB) rawat inap di Rumah Sakit.
Sumber Data	Rekam Medik.
Standar	60 %.
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap.

12. Ketersediaan Pelayanan Rawat Di Rumah Sakit Yang Memberikan Pelayanan Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan jiwa.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit jiwa.
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak

	gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) 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; dan d. Gangguan Organik.
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat inap.

13. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit jiwa yang aman dan efektif.
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	1 (satu) bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan.
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis.

Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik/Mutu.

14. Kejadian *(re-admision)* Pasien Gangguan Jiwa Tidak Kembali Dalam Perawatan Dalam Waktu ≤ 1 (satu) bulan.

Judul	Kejadian *(re-admision)* pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawtan dalam waktu ≤ 1 (satu) bulan.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan 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 keperawatan di Rumah Sakit jiwa.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan.
Periode Analisa	6 (enam) bulan.
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluru pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik/Mutu.

15. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan 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 (satu) bulan.
Periode Analisa	6 (enam) bulan.
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 (enam) minggu.
Denominator	Tidak ada.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	≤ 6 (enam) minggu.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik/Mutu.

D. PELAYANAN BEDAH

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif.
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 (satu) bulan.
Periode Analisa	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	≤ 2 (dua) hari.
Penanggung jawab	Ketua Instalasi Bedah Sentral.

2. Kejadian Kematian Di Meja Operasi.

Judul	Kejadian kematian di meja operasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan 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 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis dan laporan keselamatan pasien.
Standar	≤ 1 (satu) %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis.

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien.
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi Pengumpulan Data	praktik dan sentinel event.
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan sentinel event.

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis.

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien.
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan *sentinel event*.
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan *sentinel event*.
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis dan laporan keselamatan pasien.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis.

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.

Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan.
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.
Frekuensi Pengumpulan Data	praktik dan *sentinel event.*
Periode Analisa	praktik dan *sentinel event.*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis.

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi.
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting dan peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
Frekuensi Pengumpulan Data	praktik dan *sentinel event.*
Periode Analisa	praktik dan *sentinel event.*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami

	tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien.
Standar	100 %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis.

7. Komplikasi Anastesi Karena *Over Dosis*, Reaksi Anantesi dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan *endotracheal tube*.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung.
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan *endotracheal tube*.
Frekuensi Pengumpulan Data	praktik dan *sentinel event*.
Periode Analisa	praktik dan *sentinel event*.
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	≤ 6 (enam) %.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis.

E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian Kematan Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan.
Dimensi mutu	Keselamatan.
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : ▪ Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg; ▪ Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati; dan ▪ Oedem tungkai. Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan.
Periode analisis	Tiap 3 (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%.

Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik.

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten.
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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%.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu.

3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten.
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih). Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari

	2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia, dan pre eklampsia berat, tali pusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp. OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada.
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis.
Standar	Tersedia.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu.

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten.
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	praktik.
Periode analisis	3 (tiga) 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%.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu.

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr.
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR.
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500gr - 2500gr.
Frekuensi pengumpulan data	praktik.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah BBLR 1500gr - 2500gr yang berhasil ditangani.
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500gr - 2500gr yang ditangani.
Sumber data	Rekam medis.
Standar	100%.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik/Komite Mutu.

6. Pertolongan Persalinan Melalui *Sectio Cesaria*

Judul	Pertolongan persalinan melalui *Sectio Cesaria.*
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	*Sectio Cesaria* adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah persalinan dengan *Sectio Cesaria* dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Rekam medis.
Standar	≤ 20%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Mutu.

7. a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap.
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap.
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan.
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) 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

b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap.
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap.
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan.
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) 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.

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan.
Dimensi mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvey (dalam peRumah Sakiten).
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50).
Sumber data	Survey.
Standar	≥80%
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu.

F. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 (tujuh puluh dua) Jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 (tujuh puluh dua) jam.
Dimensi mutu	Efektifitas.
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif.
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 (tujuh puluh dua) jam.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 (tujuh puluh dua) jam dalam 1 (satu) bulan.

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Rekam medis.
Standar	≤3%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik/Mutu.

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten.
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) 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.

G. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan *Thorax* Foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto.
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi.
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto *thorax* dalam bulan tersebut.
Sumber data	Rekam Medis.
Standar	≤3 jam.
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi.

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan *rontgen* dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah foto *rontgen* yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto *rontgen* dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi.
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi.

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan *Rontgen*

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*.
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan *rontgen*.
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan *rontgen* adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Register radiologi.
Standar	≤2%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi.

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan.
Dimensi mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang disurvey yang menyatakan puas.
Denominator	Jumlah total pasien yang di*survey* (n minimal 50).
Sumber data	*Survey*.
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu.

H. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang di*survey* dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang di*survey* dalam bulan tersebut.
Sumber data	*Survey*.
Standar	≤ 140 menit (manual).
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium.

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai

	kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Laboratorium.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium.

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

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

Pengumpul Data	

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan.
Dimensi mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di*survey* (dalam persen).
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50).
Sumber data	*Survey*.
Standar	≥80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium.

I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian *Drop Out* Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas.
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan.
Definisi operasional	*Drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak beRumah Sakitedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan.
Periode analisis	6 (enam) bulan.

Numerator	Jumlah seluruh pasien yang *drop out* dalam 3 (tiga) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan.
Sumber data	Rekam medis.
Standar	≤50%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik.

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

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

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan.
Dimensi mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di*survey* (dalam persen).
Denominator	Jumlah total pasien yang di*survey* (n minimal 50).
Sumber data	*Survey*.
Standar	≥80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik.

J. PELAYANAN FARMASI

1. a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi.
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang di*survey* dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang di*survey* dalam bulan tersebut.
Sumber data	*Survey*.
Standar	≤ 30 menit
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi.

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan.
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang di*survey* dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang di*survey* dalam bulan tersebut.
Sumber data	*Survey.*
Standar	≤60 menit
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi.

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat.
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat; 2. Salah dalam memberikan dosis; 3. Salah orang; dan 4. Salah jumlah.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan.

Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang di*survey* dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat.
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang di*survey*.
Sumber data	*Survey*.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi.

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan.
Dimensi mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di*survey* (dalam persen).
Denominator	Jumlah total pasien yang di*survey* (n minimal 50).
Sumber data	*Survey*.
Standar	≥80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi.

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium.
Dimensi mutu	Efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien.
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit.

Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) bulan (n minimal 50).
Sumber data	*Survey.*
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

K. Pelayanan Gizi

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.
Dimensi mutu	Efektifitas, akses dan 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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang di*survey* untuk mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang di*survey*.
Sumber data	*Survey.*
Standar	≥90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap.

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien.
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi.
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit).
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang di*survey* dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang di*survey* dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	*Survey*.
Standar	≤ 20%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap.

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

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

L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan *transfuse*.
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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	*Survey*.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah.

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian reaksi *transfuse*.
Dimensi mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada Unit Transfusi Darah (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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan.

Sumber data	Rekam medis.
Standar	≤ 0,01%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Unit Transfusi Darah (UTD).

M. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan

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

N. PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis.
Definisi operasional	Rekam medis yang lengkap adalah, rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau

	setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan *resume*.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah rekam medis yang di*survey* dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap.
Denominator	Jumlah rekam medis yang di*survey* dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	*Survey*.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medis/Wakil Direktur Pelayanan

2. Kelengkapan *Informed Concent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

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

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan.
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan dan 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 medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan.
Periode analisis	Tiap 3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati.
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata ≤ 10 menit.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medis.

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap.
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan dan efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis 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 medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan.
Periode analisis	Tiap 3 (tiga) 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 *survey* pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan.
Standar	Rerata < 15 menit.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medis.

O. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku mutu limbah cair.
Dimensi mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit.
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: 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 (tiga) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) 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%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala ISLRS/IPSRS

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan.
Dimensi mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit.
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. Sisa jarum suntik; 2. Sisa ampul; 3. Kasa bekas; dan 4. Sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) Bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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 Pengumpul Data	Kepala ISLRS/IPSRS/Kepala K3 Rumah Sakit.

P. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.
Dimensi mutu	Efektivitas dan 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 (tiga) bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun.
Periode analisis	3 (tiga) tahun.
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dalam 1 (satu) tahun.
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun.
Sumber data	Bagian Tata Usaha.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit.

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi dan kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan 2 (dua) periode dalam 1 (satu) tahun yaitu bulan April dan Oktober.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun.
Periode analisis	1 (satu) tahun.
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun.
Sumber data	Sub Bagian kepegawaian.
Standar	100%

Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha.

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala.
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun.
Periode analisis	1 (satu) tahun.
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha.

5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia.
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun di luar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 (dua puluh) jam per tahun.

Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun.
Periode analisis	1 (satu) tahun.
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam per tahun.
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di Rumah Sakit.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian.
Standar	≥ 60%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bagian/bidang yang membidangi Pendidikan dan Pelatihan.

6. *Cost Recovery*

Judul	*Cost recovery*.
Dimensi mutu	Efisiensi dan 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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Sub bagian keuangan.
Standar	≥ 40%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan.

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.
Dimensi mutu	Efektivitas.
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit.

Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya.
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan.
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan.
Sumber data	Sub Bagian Keuangan.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan.

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.
Dimensi mutu	Efektivitas dan 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 3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan.

Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Hasil pengamatan.
Standar	≤ 2jam.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Bagian Keuangan.

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.
Dimensi mutu	Efektivitas.
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 (satu) bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 (enam) bulan.
Periode analisis	Tiap 6 (enam) bulan.
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif.
Denominator	6 (enam).
Sumber data	Catatan di bagian keuangan.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Bagian Keuangan.

Q. PELAYANAN *AMBULANCE*/KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan *Ambulance*/Kereta Jenazah

Judul	Waktu pelayanan *ambulance*/kereta jenazah.
Dimensi mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya pelayanan *ambulance*/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan *ambulance*/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan *ambulance*/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien.

Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan sekali.
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan *ambulance* dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut.
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat.
Standar	24 jam.
Penanggungjawab Pengumpul Data	Penanggungjawab *ambulance*/kereta jenazah.

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan *Ambulance*/Kereta Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance*/kereta jenazah di Rumah Sakit.
Dimensi mutu	Kenyamanan dan 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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah penyediaan *ambulance*/kereta jenazah yang tepat waktu dalam praktik.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan *ambulance*/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Catatan penggunaan *ambulance*/kereta jenazah.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Penanggungjawab *ambulance*/kereta jenazah.

3. Response Time Pelayanan *Ambulance* Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan

Judul	Response Time Pelayanan *Ambulance* Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu memberikan pelayanan transportasi bagi masyarakat yang membutuhkan.
Definisi operasional	Kecepatan pelayanan petugas *ambulance*/kereta jenazah adalah Kecepatan petugas memberikan pelayanan transportasi mobil *ambulance*/kereta jenazah mulai menerima permintaan pelayanan transportasi sampai saat berangkat dari Rumah Sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah penyediaan *ambulance*/kereta jenazah yang tepat waktu dalam praktik.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan *ambulance*/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Catatan penggunaan *ambulance*/kereta jenazah.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Penanggungjawab *ambulance*/kereta jenazah

R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah.
Dimensi mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.

Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Hasil pengamatan.
Standar	≤2 jam.
Penanggung jawab	Kepala Instalasi yang membidangi Pemulasaraan Jenazah.

S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi dan 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 (lima belas) menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 (lima belas) menit dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat.
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPSRS.

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat.
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi dan 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 (satu) bulan.
Periode analisis	3 (tiga) bulan.
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	Register pemeliharaan alat.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPSRS.

3. Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium.
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun.
Periode analisis	1 (satu) tahun.

Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun.
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun.
Sumber data	Buku register.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium.

T. PELAYANAN *LAUNDRY*

1. Tidak Adanya Kejadian *Linen* Yang Hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas.
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan *laundry*.
Definisi operasional	Tidak ada.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	1 (satu) bulan.
Numerator	Jumlah *linen* yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam 1 (satu) tahun.
Denominator	Jumlah *linen* yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut.
Sumber data	*Survey*.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi / unit kerja yang melaksanakan *Laundry*.

2. Ketepatan Waktu Penyediaan *Linen* Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas.
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan *laundry*.

Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan *linen* sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan.
Periode analisis	1 (satu) bulan.
Numerator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan *linen* tepat waktu.
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	*Survey*
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi/unit kerja yang melaksanakan *Laundry*.

U. PELAYANAN PENGENDALIAN DAN PENCEGAHAN INFEKSI

1. Tim Pengendalian Dan Pencegahan Infeksi

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI.
Definisi operasional	Anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 (tiga) bulan.
Periode analisis	Tiap 1 (satu) Tahun.
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih.
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI.
Sumber data	Kepegawaian.
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi.

2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)

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

3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit.
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di Rumah Sakit.
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit, minimal 1 parameter Infeksi Luka Operasi (ILO), Infeksi Luka Infus (ILI), *Ventilator Associated Pneumonie (*VAP), Infeksi Saluran Kencing (ISK).
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari.
Periode analisis	1 (satu) bulan.
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan.
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia.
Sumber data	*Survey*.
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim Pengendalian dan Pencegahan Infeksi Rumah Sakit.

BUPATI BOJONEGORO,

SETYO WAHONO