



**KABUPATEN TOJO UNA - UNA
SULAWESI TENGAH**



PERATURAN BUPATI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)



**RSUD. WAKAI
KABUPATEN TOJO UNA - UNA
SULAWESI TENGAH**



**BUPATI TOJO UNA-UNA
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

PERATURAN BUPATI TOJO UNA UNA
NOMOR 9 TAHUN 2025

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WAKAI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TOJO UNA UNA,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan 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 Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Wakai;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Tojo Una-Una di Provinsi Sulawesi Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 147, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4342);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah 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. 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 UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WAKAI.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan kerja perangkat daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan bidang layanan umum dan dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan jasa yang dijual tanpa mengutamakan keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas.
2. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh unit pelaksana teknis rumah sakit umum daerah Wakai berupa kegiatan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk kualitas kesehatan pasien.
3. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal yang diberikan UPT. RSUD Wakai.
4. Penerapan Standar Pelayanan Minimal adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
5. Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah selanjutnya disebut Dewan Pengawas BLUD adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD pada UPT RSUD Wakai.
6. Daerah adalah Kabupaten Tojo Una-Una.
7. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
8. Bupati adalah Bupati Tojo Una-Una.
9. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.

10. Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Wakai yang selanjutnya disingkat UPT RSUD Wakai adalah satuan perangkat kerja daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
11. Direktur adalah pimpinan UPT RSUD Wakai yang diangkat oleh Bupati Tojo Una-Una dan bertindak sebagai pejabat pengelola UPT RSUD Wakai.
12. Direktur adalah Direktur UPT RSUD.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini yaitu sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada UPT RSUD Wakai.
- (2) Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini yaitu :
 - a. menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang diberikan oleh UPT RSUD Wakai dengan mutu tertentu yang dilakukan oleh masing-masing unit pelayanan; dan
 - b. memberikan kepastian hukum bagi UPT RSUD Wakai dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

BAB IV JENIS PELAYANAN

Pasal 3

Jenis pelayanan UPT RSUD Wakai meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat inap;
- c. pelayanan rawat jalan;
- d. pelayanan bedah;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medis;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan rekam medis;
- m. pengelolaan limbah;
- n. pelayanan administrasi manajemen;
- o. pelayanan *loundry*;
- p. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- q. pelayanan ambulans, dan;
- r. pencegahan pengendalian infeksi.

BAB V INDIKATOR DAN SPM

Pasal 4

- (1) Setiap jenis pelayanan UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, mempunyai indikator SPM.
- (2) Indikator SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai batasan layanan minimal dan wajib dilaksanakan oleh UPT RSUD Wakai untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (3) Pejabat struktural di lingkungan UPT RSUD Wakai bertanggung jawab terhadap penerapan dan pencapaian indikator SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan kewenangannya.
- (4) Indikator SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VI TARGET DAN PENCAPAIAN

Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 memuat target dan pencapaian SPM.
- (2) Target dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan UPT RSUD Wakai yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumber daya yang ada, serta memperhatikan target SPM Nasional.
- (3) Penyusunan target dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam perencanaan program masing-masing kepala seksi.
- (4) Target dan pencapaian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VII EVALUASI

Pasal 6

- (1) SPM UPT RSUD Wakai wajib dievaluasi secara berkala dan berkelanjutan oleh Direktur UPT RSUD Wakai.
- (2) Evaluasi SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disampaikan kepada Bupati sebagai bahan pembinaan dan kebijakan terkait penerapan SPM UPT RSUD Wakai.

BAB VIII PEMBINAAN

Pasal 7

- (1) Bupati harus menyelenggarakan pembinaan penerapan SPM UPT RSUD Wakai.
- (2) Pembinaan penerapan SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Direktur UPT RSUD Wakai harus memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di UPT RSUD Wakai sesuai dengan SPM untuk mendukung pembinaan penerapan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (4) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai spm;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

BAB IX PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Pasal 8

- (1) Bupati harus menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM UPT RSUD Wakai.
- (2) Pengawasan penerapan SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan aparatur pengawas internal pemerintah.

Pasal 9

- (1) Direktur UPT RSUD Wakai menyusun laporan penerapan dan pencapaian SPM UPT RSUD Wakai setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM UPT RSUD Wakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan untuk pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait SPM UPT RSUD Wakai.

BAB XI
PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Ampana
pada tanggal *3 Maret* 2025

BUKATI TOJO UNA-UNA,



ILHAM

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI TOJO UNA-UNA
 NOMOR 9 TAHUN 2025
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT
 PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM
 DAERAH WAKAI

INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. Pelayanan Gawat Darurat

1. Kemampuan menangani Life Saving

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan.
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breathing dan Circulation
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki IGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Daftar inventaris di IGD
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi layanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag Kepegawaian RSUD Wakai

3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapsiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di RSUD Wakai dengan tujuan untuk memberikan pertolongan dalam penanggulangan akibat bencana yang terjadi
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di RSUD Wakai dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	1 tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat dan Tim K3RS

4. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di RSUD Wakai
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 bulan
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam 1 bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di IGD

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperluka sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani oleh dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n=50)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat dan Tim PMKP

6. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

Judul	Tidak adanya keharusan 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 RSUD Wakai sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien di IGD yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di IGD
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian Pasien di IGD

Judul	Kematian pasien \leq 8 jam di IGD
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode 8 jam setelah pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
Sumber data	Rekam medis
Standar	\leq 2/1000
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat dan Tim PMKP

8. Kepuasan Pelanggan pada IGD

Judul	Kepuasan pelanggan pada IGD
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 oleh dokter, perawat dan loket
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien IGD yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal $n = 50$)
Sumber data	Survei
Standar	\geq 70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat dan Tim PMKP

B. Pelayanan Rawat Jalan

1. Ketersediaan Pelayanan

Judul	Ketersediaan pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di RSUD Wakai sesuai dengan tipe RSUD Wakai
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang disediakan oleh RSUD Wakai sesuai dengan klasifikasi RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di RSUD Wakai
Denominator	Jenis pelayanan yang harusnya tersedia sesuai dengan klasifikasi RSUD Wakai
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialistik
Standar	100% sesuai dengan Permenkes 56 tahun 2014
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialistik

Judul	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialistik
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di RSUD Wakai yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialistik yang dilayani oleh dokter spesialis dalam jangka waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam 1 bulan dikalikan dengan jumlah klinik spesialis
Sumber data	Register rawat dalam poliklinik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Jam buka pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulai pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter spesialis jam 08.00 – 13.00 kecuali hari Jumat 08.00-11.00
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di RSUD Wakai yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari saat pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim PMKP

5. Penegakan Diagnosa Tuberculosis

Judul	Penegakan Diagnosa Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis
Dimensi mutu	Efektivitas, Kesenambungan pelayanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosa tuberculosis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosa tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya Mycobacterium tuberculosis melalui 3x pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang diagnosa Tuberculosis ditegakan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis yang diperiksa
Sumber data	Rekam medis pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

6. Pasien Rawat Jalan TB yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan yang tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosa dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosa nasional. Penegakan diagnosa dan follow up pengobatan pasien TB harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosa. Pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosa yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional dan semua pasien yang TB diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan TB nasional
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan TB yang ditangani RSUD Wakai dalam waktu 3 bulan
Sumber data	Register rawat jalan, Register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim TB DOTS RSUD Wakai

7. Ketersediaan Pelayanan VCT

Judul	Ketersediaan pelayanan VCT
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan VCT di RSUD Wakai untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi Operasional	Pelayanan Voluntary Counselling and Testing adalah pelayanan di RSUD Wakai kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan tes dan konseling HIV/AIDS
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Adanya pelayanan VCT
Denominator	1
Sumber data	Instalasi rawat jalan
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

8. Pereseapan Obat Sesuai Formularium

Judul	Pereseapan obat sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 bulan (minimal n = 50)
Sumber data	Instalasi Farmasi RSUD Wakai
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi RSUD Wakai

9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RSUD Wakai

Judul	Pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Wakai
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di RSUD Wakai
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim TB DOTS RSUD Wakai

10. 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 persespi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter dan perawat
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim PMKP

C. Pelayanan Rawat Inap

1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten di RSUD Wakai sesuai dengan klasifikasi RSUD Wakai
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh RSUD Wakai sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di RSUD Wakai
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada di RSUD Wakai sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Pemberi Layanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi layanan di rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi layanan rawat inap adalah dokter dan perawat yang kompeten (minimal D3 keperawatan dengan STR)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kasubag Kepegawaian

3. Tempat Tidur dengan Pengaman

Judul	Tempat tidur dengan pengaman
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di RSUD Wakai
Sumber data	Daftar inventaris di rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan tim K3RS

4. Kamar Mandi dengan Pengaman

Judul	Kamar mandi dengan pengaman
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadi pasien jatuh di kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di kamar mandi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di rawat inap RSUD Wakai yang memiliki pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di rawat inap RSUD Wakai
Sumber data	Daftar inventaris di rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Tim K3RS

5. Dokter Penanggung Jawab Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan tim PMKP

6. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian layanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s.d. 14.00
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s.d. 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan tim PMKP

7. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai dengan standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RSUD Wakai dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), pengerasan (dolor), keluarnya pus (nanah) dalam waktu lebih dari 3x24 jam
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite PPI

8. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RSUD Wakai yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis dan luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI dan Kepala Instalasi Rawat Inap

9. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman kepada pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat di RSUD Wakai baik akibat jatuh dari tempat tidur, kamar mandi, dll
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut dikurangi dengan jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Tim K3RS

10. Pasien Rawat Inap TB yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap TB yang ditangani dengan standar DOTS
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien TB dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosa nasional. Penegakan diagnosa dan follow up pengobatan pasien TB harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosa. Pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosa yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional dan semua pasien yang TB diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan TB nasional

Frekuensi pengumpulan data	Setiap 3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani di RSUD Wakai dalam jangka waktu 3 bulan
Sumber data	Register rawat inap dan Register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Tim TB DOTS RSUD Wakai

11. Pencatatan dan Pelaporan TB di RSUD Wakai

Judul	Pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Wakai
Dimensi mutu	Kesimbangan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan TB dalam mendukung epidemiologi TB
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien TB yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Tim TB DOTS RSUD Wakai

12. Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh

Judul	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan RSUD Wakai
Definisi Operasional	Pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 5%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Tim PMKP

13. Kematian Pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSUD Wakai yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 24/1000$ atau $\leq 25/1000$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Tim PMKP

14. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan persespi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter dan perawat
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rerata penilaian kepuasan pasien rawat inap yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim PMKP

D. Bedah Sentral

1. Ketersediaan Tim Operator

Judul	Ketersediaan Tim Operator
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Wakai dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tim operator adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas RSUD Wakai baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat dan petugas instrumen sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Instalasi bedah
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas RSUD Wakai dan kebutuhan
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Ruang Operasi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai untuk memberikan pelayanan bedah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah yang ada di RSUD Wakai
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada di RSUD Wakai sesuai dengan kelas
Sumber data	Inventari instalasi bedah
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

3. Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif

Judul	Kemampuan melakukan tindakan operatif
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	RSUD Wakai mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dan unggulan RSUD Wakai
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis tindakan yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilaksanakan di instalasi bedah
Sumber data	Instalasi bedah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

4. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

5. Tidak Ada Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak ada kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dari sentinel event
Periode analisa	1 bulan dari sentinel event
Numerator	Jenis tindakan yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah dan Tim PMKP

6. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarkan kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana operasi dilakukan pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dari sentinel event
Periode analisa	1 bulan dari sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah operasi yang salah orang dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah dan Tim PMKP

7. 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 kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dari sentinel event
Periode analisa	1 bulan dari sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah dan Tim PMKP

8. 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	Tergambarkan ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dari sentinel event

Periode analisa	1 bulan dari sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah dan Tim PMKP

9. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dari sentinel event
Periode analisa	1 bulan dari sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah dan Tim PMKP

10. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarkannya efektivitas pelayanan bedah dan anastesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah dan Tim PMKP

11. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan instalasi bedah
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

E. Persalinan dan Perinatologi

1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi layanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi layanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih dan bidan terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi menolong persalinan
Denominator	Jumlah seluruh dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kebidanan

2. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG dengan dokter umum, dokter Sp.A, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, BBLR, kelainan panggul, perdarahan antepartum, eklampsia dan PEB, tali pusat membungkus

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim PONEK
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, RM
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kebidanan

3. 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, Sp.A dan Sp.An
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dokter yang memberikan pelayanan dengan tindakan operasi
Denominator	Tim yang terdiri dari dokter Sp.OG, Sp.A, Sp.An
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Kebidanan

4. Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500 gram

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Wakai dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500-2500 gram
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500-2500gram yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

5. Kemampuan Menangani Bayi Baru Lahir dengan Asfiksia

Judul	Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Wakai dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Definisi Operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir yang tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh bayi lahir dengan asfiksia
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

6. Pertolongan Persalinan Melalui Sectio Caesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui sectio caesaria
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas serta efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan SC di RSUD Wakai yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	SC adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergency
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dengan SC yang pemeriksaan ANC di RSUD Wakai dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada pasien yang ANC di RSUD Wakai pada bulan yang sama
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

7. Pelayanan Kontrasepsi Mantap yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten

Judul	Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga yang kompeten
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Tenaga yang kompeten adalah dokter Sp.OG, Sp.B dan dokter umum yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

8. Pelayanan Konseling Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap

Judul	Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi mantap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan konseling kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Konseling dilakukan minimal oleh bidan terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang mendapat konseling dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

9. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RSUD Wakai terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, PEB, eklampsia dan sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>PEB dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, merupakan kumpulan dua dari 3 tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg • Proteinuria > 5gr/24jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, preeklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan pendarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis
Standar	Pendarahan ≤ 1%, Preeklampsia ≤30%, sepsis ≤ 0,2%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medis dan Tim PMKP

10. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan instalasi bedah
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

F. Pelayanan Intensif

1. Pemberi Pelayanan Intensif

Judul	Pemberi pelayanan intensif
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Wakai dalam menyediakan pelayanan intensif
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis dan dokter umum yang mempunyai kompetensi
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Unit pelayanan intensif
Standar	Sesuai kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Intensif

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan intensif
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan intensif adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas serta peralatan pelayanan ICU
Denominator	1
Sumber data	Unit pelayanan intensif
Standar	Sesuai kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

3. Ketersediaan Tempat Tidur dengan Monitor dan Ventilator

Judul	Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai dalam memberikan pelayanan di ICU
Definisi Operasional	Tempat tidur ruang intensif adalah tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitor dan ventilator
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur yang disertai dengan monitor dan ventilator
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ICU
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

4. Kepatuhan Terhadap hand Hygiene

Judul	Kepatuhan terhadap hand hygiene
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Menjamin hygiene dalam melayani pasien di ruang intensif
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah perawat yang diamati dan mematuhi prosedur hand hygiene
Denominator	Jumlah seluruh perawat yang diamati
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU dan Tim PPI RSUD Wakai

5. Kejadian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU

Judul	Kejadian infeksi nosokomial di ICU
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RSUD Wakai yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap di ICU dalam periode yang sama
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU dan Tim PPI RSUD Wakai

6. Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif Dengan Kasus yang Sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke ruang perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ICU dalam 1 periode yang sama
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medis dan Tim PMKP

G. Radiologi

1. Pemberi Pelayanan Radiologi

Judul	Pemberi pelayanan radiologi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi layanan radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi radiologi
Standar	Sesuai kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Radiografi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai dalam memberikan pelayanan radiografi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan radiografi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiografi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris unit radiologi
Standar	Sesuai kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thoraks

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil foto thoraks adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thoraks dalam 1 periode yang sama
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi dan Tim PMKP

4. Kerusakan Foto

Judul	Kerusakan foto
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 periode yang sama
Sumber data	Register radiologi
Standar	≤ 2%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi dan tim PMKP

5. Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Label

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian label
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pelabelan foto
Definisi Operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan/atau kesalahan penandaan kanan/kiri
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien di instalasi radiologi yang difoto dengan pelabelan benar
Denominator	Jumlah pasien yang difoto dalam periode waktu yang sama
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi radiologi dan Tim PMKP

6. Pelaksana Ekspertise Hasil Pemeriksaan Radiologi

Judul	Pelaksanaan ekspertise hasil pemeriksaan radiologi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan radiologi dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertise hasil radiologi adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter Sp.Rad pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil radiologi yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter Sp.Rad dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi dan Tim PMKP

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

H. Laboratorium Patologi Klinik

1. Pemberi Pelayanan Patologi Klinik

Judul	Pemberi pelayanan patologi klinik
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan patologi klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan patologi klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis kesehatan sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Laboratorium
Standar	Dokter spesialis patologi klinik dan analis kesehatan sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium patologi klinik
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai dalam memberikan pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan laboratorium patologi klinik adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik sesuai dengan kelas RSUD Wakai baik cito maupun elektif
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis, jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laboratorium
Standar	Sesuai dengan Kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 samapai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam 1 bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan tim PMKP

4. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan spesimen laboratorium
Definisi Operasional	Kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya spesimen milik seseorang dengan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa dikurangi dengan jumlah spesimen yang tertukar
Denominator	Jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan tim PMKP

5. Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS

Judul	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium dalam memeriksa HIV-AIDS
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV-AIDS adalah pemeriksaan screening HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV-AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan

Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV/AIDS
Denominator	1
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Tim VCT RSUD Wakai

6. Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis

Judul	Kemampuan memeriksa mikroskopis tuberculosis
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium RSUD Wakai dalam memeriksa mikroskopis tuberculosis
Definisi Operasional	Pemeriksaan mikroskopis tuberculosis paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya Mycobacterium tuberculosis pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosis
Denominator	1
Sumber data	Instalasi laboratorium
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Tim TB DOTS RSUD Wakai

7. Pelaksana Ekspertise Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertise laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertise adalah adanya tanda tangan dokter pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan
Sumber data	Register instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Tim PMKP

8. 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 administrasi dalam penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa dalam 1 bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Tim PMKP

9. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal

Judul	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak diluar rumah sakit yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	Jumlah seluruh parameter yang diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Tim PMKP

10. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pelanggan yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal = 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Tim PMKP

I. Rehabilitasi Medik

1. Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medis

Judul	Pemberi pelayanan rehabilitasi medis
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rehabilitasi medis oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rehabilitasi medis adalah dokter spesialis rehabilitasi medis dan fisioterapi yang memiliki kompetensi sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan rehabilitasi medis
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Rehabilitasi Medis
Standar	Dokter spesialis rehabilitasi medis dan fisioterapi sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Rehabilitasi Medis

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai dalam memberikan pelayanan rehabilitasi medis
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medis adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia dalam pelayanan rehabilitasi medis sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medis
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Rehabilitasi Medis
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medis
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medis
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medis adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medis yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dikurangi dengan jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medis dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium dan Tim PMKP

4. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang Direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi medis sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medis yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medis
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei (min N=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis dan Tim PMKP

J. Farmasi

1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	Pemberi pelayanan farmasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tersedianya pelayanan farmasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah apoteker dan asisten apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga farmasi yang ada di instalasi farmasi RSUD Wakai
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai dalam memberikan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Ketersediaan Formularium

Judul	Ketersediaan formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Dokumen formularium
Denominator	1
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi dan Tim TFT

4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan 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 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi dan Tim PMKP

5. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi dan Tim PMKP

6. 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: <ul style="list-style-type: none"> • Salah dalam memberikan jenis obat • Salah dalam memberikan dosis • Salah orang • Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi dengan jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi dan Tim PMKP

7. 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 instalasi farmasi RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pelanggan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi dan Tim PMKP

K. Gizi

1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	Pemberi pelayanan gizi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Wakai dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di instalasi gizi
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi dan Kasubag Kepegawaian

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Wakai untuk memberikan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan gizi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris instalasi gizi
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi dan Tim PMKP

4. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet kepada pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi dengan jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi dan tim PMKP

5. Sisa Makanan yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RSUD Wakai)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah porsi makanan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pelanggan yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (min N=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi dan Tim PMKP

L. Rekam Medis

1. Pemberi Pelayanan Rekam Medis

Judul	Pemberi pelayanan rekam medis
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Pemberi layanan rekam medis adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RSUD Wakai untuk pelayanan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan rekam medis
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Rekam Medis
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis dan Kasubag Kepegawaian

2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 dengan rekam medis ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh sampel pneyediaan rekam medis yang disurvei (n = 100)
Sumber data	Hasil survei di ruang pendaftaran untuk pasien baru dan di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis dan tim PMKP

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap yang disurvei
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

4. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis rawat 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan 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, anamnesa, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang telah diisi lengkap
Denominator	Jumlah seluruh rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

5. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari pasien atas tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medis yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis dan tim PMKP

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dari pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pelanggan yang disurvei (dalam %)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (min n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis dan Tim PMKP

M. Pengolahan Limbah

1. Adanya Penanggung Jawab Pengolaan Limbah

Judul	Adanya penanggung jawab pengolaan limbah RSUD Wakai
Dimensi mutu	Keselamatan, efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Terkelolanya limbah RSUD Wakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur RSUD Wakai sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	SK Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah RSUD Wakai
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Sanitasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas RS
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sanitasi dan tim PPI RSUD Wakai

2. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	Pengelolaan limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap minggu
Standar	Sesuai dengan persyaratan
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sanitasi , Tim PPI, tim K3RS

3. Pengelolaan Limbah Padat

Judul	Pengelolaan limbah padat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan RSUD Wakai baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan oleh pengungjung RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap minggu
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sanitasi, Tim PPI dan Tim K3RS

4. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Wakai terhadap keamanan limbah cair
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: <ul style="list-style-type: none"> • BOD (Biochemical Oxygen Demand) ; 30 mg/l • COD (Chemical Oxygen Demand) ; 80 mg/l • TSS (Total Suspended Solid) ; 30 mg/l • pH 6-9, amonia < 0,1 mg/l, phaspat < 2 mg/l
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sanitasi, Tim PPI, Tim K3RS

N. Administrasi Manajemen

1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	Kelengkapan pengisian jabatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen RSUD Wakai
Definisi Operasional	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada di dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur RSUD Wakai

2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	Peraturan internal rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen RSUD Wakai, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi dan praktisi medisq
Definisi Operasional	Peraturan internal rumah sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi dan praktisi medis di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Peraturan internal rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada hospital bylaws
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur RSUD Wakai

3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	Peraturan karyawan rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran adminstrasi dan manajemen SDM RSUD Wakai dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Peraturan karyawan rumah sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban dan hak karyawan sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin kesinambungan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan

Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Peraturan karyawan rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada SK
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur RSUD Wakai

4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	Daftar urutan kepangkatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Daftar urutan kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Daftar urut kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada DUK
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur RSUD Wakai

5. Perencanaan Strategi Rumah Sakit

Judul	Perencanaan strategi rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan misi
Definisi Operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang RSUD Wakai untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategis
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Perencanaan strategis
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen perencanaan
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur RSUD Wakai

6. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	Perencanaan pengembangan SDM rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi Operasional	Perencanaan pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Perencanaan pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen perencanaan pengembangan SDM
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur RSUD Wakai

7. 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur RSUD Wakai

8. 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 dua periode dalam 1 tahun, yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Sumber data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag Kepegawaian dan Tata Usaha

9. 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	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya mendapatkan SK kenaikan berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag Kepegawaian dan Tata Usaha

10. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi teknis dan tercapainya pengembangan karir SDM
Definisi Operasional	Perencanaan pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program perencanaan pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program perencanaan pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag Kepegawaian dan Tata Usaha

11. 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 setiap bulan berjalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berjalan dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan yang seharusnya diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berjalan tiap 3 bulan
Sumber data	Keuangan
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag Kepegawaian dan Tata Usaha

12. Ketepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Ketepatan 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 rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Keuangan

13. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil observasi
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Keuangan

14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

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

15. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas SDM
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit maupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag Kepegawaian dan Tata Usaha

16. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	Ketepatan waktu pemberian insentif
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode 3 bulan
Denominator	3
Sumber data	Hasil observasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Keuangan

O. Ambulans dan Kereta Jenazah

1. Ketersediaan Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah

Judul	Ketersediaan pelayanan ambulans dan kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans dan kereta jenazah 24jam di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi IGD

2. Penyedia Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah

Judul	Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans dan kereta jenazah oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Tenaga yang memberikan pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir yang mendapat pelatihan supir ambulans/mobil jenazah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

3. Ketersediaan Mobil Ambulans dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans dan kereta jenazah 24jam di RSUD Wakai untuk pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Seksi pelayanan
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

4. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan mobil ambulans/mobil jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan mobil ambulans dan mobil jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan terhadap ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian layanan ambulans/mobil jenazah dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulans
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung Jawab Ambulans

5. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit

Judul	Waktu tanggap memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans/mobil jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans /mobil jenazah berangkat dari rumah sakit

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap ambulans/mobil jenazah dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulans

6. Tidak terjadinya kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah yang Menyebabkan Kecacatan atau Kematian

Judul	Tidak terjadinya kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah yang Menyebabkan Kecacatan atau Kematian
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan ambulans/mobil jenazah yang aman
Definisi Operasional	Kecelakaan ambulans/mobil jenazah adalah kecelakaan akibat penggunaan mobil ambulans/mobil jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans/mobil jenazah dikurangi dengan kejadian kecelakaan yang berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dan mbil jenazah dalam 1 bulan
Sumber data	Seksi pelayanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan rasa puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei (min n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP

P. Pelayanan Laundry

1. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Judul	Ketersediaan Pelayanan Laundry
Dimensi mutu	Akses, kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan pe yediaan linen bersih di RSUD Wakai baik yang dilakukan oleh RSUD Wakai maupun yang dipihak ketiga
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Pelayanan laundry di rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Seksi pelayanan
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

2. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry

Judul	Adanya penanggung jawab pelayanan laundry
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab penyediaan linen di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Penanggung jawab pelayanan laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur RSUD Wakai sebagai penanggung jawab pengelolaan dan penyediaan linen di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	SK Direktur
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab laundry

3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Laundry

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan laundry sesuai dengan peraturan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan laundry
Denominator	1
Sumber data	Inventaris
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Wakai
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab laundry

4. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang telah ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam 1 bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab laundry

5. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	Ketepatan pengelolaan linen infeksius
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan dengan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan pengelolaan linen infeksius
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab laundry dan Tim PPI

6. Ketersediaan Linen

Judul	Ketersediaan Linen
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Ketersediaan linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari spreii, sarung bantal, selimut, sticklaken dan perlak dalam jumlah yang cukup
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di RSUD Wakai
Sumber data	Inventaris laundry
Standar	2,5-3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab laundry

7. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	Ketersediaan linen bersih untuk kamar operasi
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry untuk mencukupi kebutuhan linen steril di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi
Denominator	Jumlah permintaan linen steril untuk kamar operasi
Sumber data	Laundry
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab laundry

Q. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

1. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	Adanya penanggung jawab pemeliharaan sarana rumah sakit
Dimensi mutu	Keselamatan, efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasarana RSUD Wakai
Definisi Operasional	Penanggung jawab pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur sebagai penanggung jawab pengelolaan sarana dan prasarana rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	SK Direktur
Denominator	1
Sumber data	IPSRS
Standar	Ditetapkan dengan SK
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

2. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	Ketersediaan bengkel kerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan rumah sakit
Definisi Operasional	Bengkel kerja adalah tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin dan peralatan yang ada di RSUD Wakai
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Adanya bengkel kerja
Denominator	1
Sumber data	IPSRS
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	Waktu tanggap kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menghadapi kerusakan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sapaai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindakan perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi \leq 15 menit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh kerusakan alat dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan kerusakan alat
Standar	\geq 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS dan tim K3RS

5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	Ketepatan waktu kalibrasi alat
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan baik dalam pelayanan medis maupun penunjang
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Waktu pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS dan tim K3RS

6. Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan baik untuk pelayanan medis maupun penunjang
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi selama 1 tahun
Sumber data	Buku register alat dan dokumen kalibrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS dan tim K3RS

R. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Tersedianya Anggota Tim PPI yang terlatih

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melakukan tugas-tugas tim PPI
Definisi Operasional	Tim PPI adalah tim pencegahan dan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Tim PPI

2. Ketersediaan APD di Setiap Instalasi

Judul	Ketersediaan APD di setiap instalasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, petugas, dan pengunjung dari infeksi
Definisi Operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari penularan penyakit di rumah sakit. APD meliputi masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah unit kerja yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Tim PPI

3. Rencana Program PPI

Judul	Rencana program PPI
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di RSUD Wakai selama 1 tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisa	Tiap tahun
Numerator	Rencana Program PPI
Denominator	1
Sumber data	Tim PPI
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua tim PPI

4. Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana

Judul	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di RSUD Wakai selama 1 tahun
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama 6 bulan sesuai rencana
Denominator	Jumlah seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama 6 bulan
Sumber data	Tim PPI
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Tim PPI

5. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas

Judul	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, petugas dan pengunjung dari infeksi
Definisi Operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari penularan penyakit di rumah sakit. APD meliputi masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Jumlah seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Tim PPI

6. Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di RSUD Wakai
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor infeksi nosokomial, pengumpulan data pada instalasi yang ada di RSUD Wakai, minimal 1 parameter dari ILO<ILI<VAP<ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisa	1 bulan

Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Tim PPI

S. Pelayanan Keamanan

1. Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan

Judul	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan
Dimensi mutu	Keamanan, kompetensi dan kenyamanan
Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
Definisi Operasional	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapatkan pelatihan pengamanan dari Kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag Kepegawaian

2. Sistem Pengamanan

Judul	Sistem pengamanan
Dimensi mutu	Efektivitas, keamanan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terciptanya sistem keamanan di RSUD Wakai khususnya pengamanan bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Definisi Operasional	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak, usia lanjut dan area yang diidentifikasi rawan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur tentang pola pengamanan
Denominator	1
Sumber data	Pelayanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

3. Petugas Keamanan Melakukan Pengamanan Keliling RS

Judul	Petugas keamanan melakukan pengamanan keliling RS
Dimensi mutu	Keamanan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien, keluarga pasien, petugas dan pengunjung RSUD Wakai
Definisi Operasional	Petugas keamanan melakukan pengamanan keliling RS adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RSUD Wakai setiap jam dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	2 bulan
Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40)
Denominator	Jumlah hari yang disampling
Sumber data	Laporan petugas keamanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

4. Evaluasi Terhadap Sistem Pengamanan

Judul	Evaluasi terhadap sistem pengamanan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi Operasional	Evaluasi terhadap sistem pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap sistem pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah bulan yang dilakukan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	3 bulan
Sumber data	Pelayanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

5. Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung, Petugas yang Hilang

Judul	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan petugas yang hilang
Dimensi mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman dan nyaman bagi pasien, pengunjung dan petugas RSUD Wakai
Definisi Operasional	Tidak ada barang milik pasien, pengunjung, petugas yang hilang adalah semua barang tetap terjaga dan tidak hilang

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi Pelayanan

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan petugas keamanan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan rasa puas oleh pelanggan terhadap pelayanan petugas keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei (min n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PMKP dan Kepala Seksi Pelayanan

BUPATI TOJO UNA-UNA,



ILHAM

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI TOJO UNA-UNA
 NOMOR 9 TAHUN 2025
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT
 PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM
 DAERAH WAKAI

TARGET STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD WAKAI

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Target
		Jenis	Uraian	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100%
			2. Pemberi layanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/BTLS, ACLS/PPGD, GELS) yang masih berlaku	100%
			3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang
			6. Tidak ada keharusan membayar uang muka	100%
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2 per/1000
		Outcome	Kepuasan pasien	≥ 70%
		2.	Pelayanan Rawat Jalan	Input
2. Dokter pemberi layanan di poli spesialis	100% dokter spesialis			
Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan			08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja, kecuali Jumat 08.00 – 11.00
	4. Waktu tunggu rawat jalan			≤ 60 menit
	5. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis			100%
	6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS			100%
	7. Ketersediaan pelayanan VCT			Tersedia dengan tenaga terlatih

		Output	8. Peresepan obat sesuai dengan formularium	100%
			9. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 90%
3.	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai dengan tipe D
			2. Pemberi layanan rawat inap	Sesuai dengan pola ketenagaan, jenis dan tipe RS
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100%
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
			6. Jam visite dokter spesialis	08.00 s.d. 14.00
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%
			13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24%
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90%
4.	Pelayanan Bedah	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan tipe D
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan tipe D
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan tipe D
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari

			5. Tidak adak kejadian operasi salah sisi	100%
			6. Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%
			7. Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi	100%
			8. Tidak ada kejadian tertingga; benda asing /lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
			9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6%
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
5.	Persalinan dan perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG, Dokter umum / bidan
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Ponek
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter Sp.OG, Sp.A, Sp.An
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui SC non rujukan	≤ 20%
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh Sp.OG, Sp.B atau Sp.U atau dokter umum terlatih	100%
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%
		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1% b. pre-eklamsi ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2%
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 80%
6.	Pelayanan Intensif	Input	1. Pemberi layanan	Sesuai tipe D
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai tipe D

			3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator	Sesuai tipe D
		Proses	4. Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%
			5. Kejadian infeksi nosokomial	< 21%
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 70%
7.	Pelayanan Radiologi	Input	1. Pemberi layanan radiologi	Sp.Rad, radiografer
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai tipe D
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks	≤ 3 jam
			4. Kerusakan foto	≤ 2 %
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%
		Output	6. Pelaksana ekpertise hasil pemeriksaan radiologi	Sp.Rad
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
8.	Pelayanan patologi klinik	Input	1. Pemberi layanan laboratorium patologi klinik	Sesuai tipe D
			2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai tipe D
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit
			4. Tidak ada kejadian tertukar spesimen	100%
			5. Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	Tersedia reagen, peralatan dan tenaga
			6. Kemampuan mikroskopis TB Paru	
		Output	7. Ekspertise hasil pemeriksaan laboratorium	Sp.PK
			8. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%

		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medis	Input	1. Pemberi layanan rehabilitasi medis	Sesuai tipe D	
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai tipe D	
			Proses	3. Tidak ada kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%
			Output	4. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medis yang direncanakan	≤ 50%
			Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
10.	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi layanan farmasi	Sesuai tipe D	
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai tipe D	
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia	
			Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit
				5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit
			Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
			Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
11.	Pelayanan Gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai dengan pola ketenagaan	
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi		
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90%	
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	
			Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20%
			Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
12.	Pelayanan Rekam Medis	Input	1. Pemberi pelayanan rekam medis	Sesuai tipe D	
		Proses	2. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan	≤ 10 menit	
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap	≤ 15 menit	
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	

			5. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
12.	Pengelolaan Limbah	Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Ada
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit padat, cair	Sesuai dengan perundang-undangan
		Proses	3. Pengelolaan limbah cair	
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai dengan perundangan
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/dl c. TSS < 30mg/dl d. PH 6-9
13.	Administrasi dan Manajemen	Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90%
			2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada
			3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada
			4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada
			5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	
			6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada
		Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
			8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
			9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90%
			11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
			12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam

		Output	13. Cost recovery	≥ 60%
			14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%
			15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam perbulan	≥ 60%
			16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%
14.	Pelayanan ambulans dan mobil Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Supir ambulans terlatih
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil ambulans dan jenazah terpisah
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ mobil jenazah di rs	≤ 30 menit
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans /mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
15.	Pelayanan Laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia
			2. Ada penanggung jawab layanan laundry	SK
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia
		Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%
			5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%
		Output	6. Ketersediaan linen	2,5-3 set x TT
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%

16.	Pemeliharaan sarana dan prasarana	Input	1. Adanya penanggung jawab IPSRS	SK
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia
		Proses	3. Waktu tanggap kerusakan alkes 15 menit	≥ 80%
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%
		Output	6. Alat ukur dan alat lab dikalibrasi tepat waktu	100%
17.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih	75%
			2. Ketersediaan APD di seluruh instalasi	≥ 60%
			3. Rencana/program PPI	Ada
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%
		Output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (HAIs) di RS	≥ 75%
18.	Pelayanan Keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%
			2. Sistem pengamanan	Ada
		Proses	3. Petugas keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam
			4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan	3 bulan
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan yang hilang	100%
		Outcome	6. Kepuasan pasien	≥ 90%

BUFATI TOJO UNA-UNA,



ILHAM