



BUPATI BELITUNG TIMUR

PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR

NOMOR 42 TAHUN 2011

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BELITUNG TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah, yang menuntut Pemerintah Kabupaten Belitung Timur menyelenggarakan pelayanan kesehatan diberbagai tatanan fasilitas kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar yang ditetapkan;
- c. bahwa standar layanan rumah sakit perlu memuat jenis dan mutu layanan minimal, sebagai alat ukur mutu layanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit, sehingga perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu dibentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3890);

2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara Yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
3. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang Pembentukan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 217, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4033);
4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat dan Kabupaten Belitung Timur di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Laporan Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
16. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

22. Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 18 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Penanaman Modal serta Lembaga Tekhnis Daerah Kabupaten Belitung Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2008 Nomor 94), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 8 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 18 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Penanaman Modal serta Lembaga Tekhnis Daerah Kabupaten Belitung Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2010 Nomor 111);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Belitung Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Belitung Timur.
3. Bupati adalah Bupati Belitung Timur.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya di sebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur;
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
8. Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi; pelayanan peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), pengobatan (*kuratif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*).

9. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, dimana tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO (*World Health Organization*).
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh rumah sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
13. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan/status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya;
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan dengan persoalan.
22. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan.
23. Pelaksana Pelayanan adalah petugas atau pegawai yang bertugas di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur.
24. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya.
25. Serta merta adalah kondisi pelayanan yang telah berjalan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

26. Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*).
27. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di rawat inap.
28. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
29. Pelayanan bedah sentral adalah pelayanan pembedahan (operasi) yang ditempatkan secara terpusat di suatu rumah sakit, dengan memperhatikan prinsip kenyamanan, pencegahan infeksi dan kontaminasi, serta adanya barrier antara hal-hal yang bersifat bersih dengan yang kotor.
30. Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan, pelayanan bagi bayi serta pelayanan kontrasepsi bagi pasangan usia subur.
31. Pelayanan Intensif adalah pelayanan yang dilakukan bagi pasien yang berpenyakit kritis di ruangan yang memiliki peralatan dan petugas khusus untuk melaksanakan observasi, perawatan, pengobatan dan penanganan lainnya secara intensif.
32. Pelayanan Radiologi adalah pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
33. Pelayanan Laboratorim Patologi Klinik adalah pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemeriksaan laboratorium yang melibatkan tenaga ahli patologi klinik untuk mendukung penegakan diagnosa penyakit dan manajemen pengobatan pasien.
34. pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik , keterampilan fisik dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.
35. Pelayanan farmasi adalah pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan, reagne, radio farmasi dan gas medis yang dipimpin oleh seorang apoteker.
36. Pelayanan gizi adalah pelayanan asupan diit yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan diit hingga evaluasi diit pasien.
37. Pelayanan transfusi darah adalah pelayanan kesehatan yang meliputi perencanaan, pengerahan dan pelestarian pendonor darah, penyediaan darah, pendistribusian darah, dan tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
38. Pelayanan Keluarga Miskin adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien/keluarga yang sama sekali tidak mempunyai kemampuan untuk membayar biaya kesehatannya yang dibuktikan dengan surat keterangan resmi yang diterbitkan instansi yang berwenang.

39. Pelayanan Rekam Medik adalah pelayanan berupa pemberian bukti tertulis sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.
40. Pengelolaan Limbah adalah bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di rumah sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit.
41. Pelayanan Administrasi Manajemen adalah proses kegiatan organisasi yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumberdaya yang ada di rumah sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efisien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
42. Pelayanan Ambulans adalah pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan termasuk evakuasi medik dan atau pelayanan rujukan pasien dari tempat tinggal pasien ke rumah sakit dan atau pelayanan rujukan pasien dari rumah sakit ke rumah sakit yang lebih mampu.
43. Pelayanan pemulasaran Jenazah adalah pelayanan yang meliputi perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah, bedah jenazah dan pelayanan lainnya terhadap jenazah;
44. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSR) adalah pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan di rumah sakit.
45. Pelayanan Laundry adalah pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen di rumah sakit;
46. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit yang meliputi; perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
47. Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Direktur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
48. Pengawas Eksternal adalah satuan kerja fungsional yang berasal dari lingkup eksternal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Bupati, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman pemerintah, para pembuat kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan di RSUD tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target/capaian waktu daerah/kabupaten, serta cara perhitungan pencapaian kinerja dan sumber data di RSUD.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR
DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis-jenis pelayanan yang minimal wajib disediakan oleh RSUD, meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah sentral (bedah saja);
 - e. pelayanan persalinan, perinatologi dan KB;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medic;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah;
 - m. pelayanan keluarga miskin (GAKIN);
 - n. pelayanan rekam medik;
 - o. pengelolaan limbah;
 - p. pelayanan administrasi manajemen;
 - q. pelayanan ambulans;
 - r. pelayanan pemulasaran jenazah;
 - s. pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit (IPSRS);
 - t. pelayanan laundry; dan
 - u. pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Bagian Kedua
Indikator, Standar dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar, dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) dan ayat (2), tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PENGORGANISASIAN

Pasal 5

- (1) Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur.

BAB V
PELAKSANAAN

Bagian Kesatu
Penerapan

Pasal 6

- (1) Rumah Sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Direktur atau pimpinan rumah sakit bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, berkewajiban membantu menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh petugas dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (5) Rumah Sakit menyusun Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal yang akan dituangkan dalam bentuk Rencana Aksi Strategis (RAS) RSUD Kabupaten Belitung Timur.

- (6) Penyusunan Rencana Aksi Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (5), berisikan rencana kerja anggaran yang mencakup program kerja, kegiatan, target kinerja, biaya indikatif dan rencana peningkatan mutu pelayanan tahunan yang disusun oleh direktur atau pimpinan rumah sakit, serta dibantu oleh setiap unit kerja pelayanan dan administrasi, serta menerima berbagai masukan dari SKPD yang membidangi Perencanaan Pembangunan Daerah, Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur, atau satuan kerja teknis lainnya.

Bagian Kedua Penyediaan Sumber Daya

Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah bertanggungjawab dalam penyediaan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Penyediaan sumber daya yang dimaksud pada ayat (1) meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, sarana prasarana yang dipenuhi sesuai dengan potensi dan kemampuan dan prioritas Daerah.
- (3) Penyediaan sumber daya yang dimaksud pada ayat (2) dapat bersumber pada dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau sumber dana lainnya yang dianggap sah.

BAB VI

PEMBINAAN

Pasal 8

- (1) Pembinaan Rumah Sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Belitung Timur.
- (2) Pembinaan sebagaimana yang dimaksud ayat (1) berupa fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar Daerah Kabupaten/Kota yang berupa pemberian orientasi umum, pemberian standar teknis atau pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan, yang meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan rumah sakit sesuai standar pelayanan minimal;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target standar pelayanan minimal;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan standar pelayanan minimal rumah sakit.

BAB VII PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pengawas Internal

Pasal 9

- (1) Pengawasan Operasional pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh Pengawas Internal Rumah Sakit.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan RSUD.
- (3) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersama-sama jajaran Manajemen Rumah Sakit menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen Rumah Sakit dalam hal tercapainya prestasi kerja atau target kinerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua Pengawas Eksternal

Pasal 10

- (1) Pengawas eksternal adalah Bupati melalui Dewan Pengawas atau satuan kerja lainnya, yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Pengawasan eksternal sebagaimana yang dimaksud Pasal 10 ayat (1) bertugas untuk mengawasi dan membantu pengendalian pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagai mana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Belitung Timur.

Bagian Ketiga

Pelaporan

Pasal 12

Rumah sakit berkewajiban untuk menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan Rumah Sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan, kepada Bupati setiap 1 (satu) tahun sekali.

**BAB VIII
KETENTUAN LAINNYA**

Pasal 13

Rumah Sakit paling lambat 1 (satu) tahun sejak diundangkannya Peraturan Bupati ini, telah menyusun Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal yang akan dituangkan dalam bentuk Rencana Aksi Strategis (RAS) RSUD Kabupaten Belitung Timur.

**BAB IX
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 14

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Bupati ini akan ditetapkan lebih lanjut oleh Bupati sepanjang mengenai pelaksanaannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 15

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal ditetapkan.

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

Ditetapkan di Manggar
pada tanggal Desember 2011

BUPATI BELITUNG TIMUR,

BASURI TJAHAJA PURNAMA

Diundangkan di Manggar
pada tanggal Desember 2011

**Plt. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BELITUNG TIMUR**

M.UMAR HASAN

BERITA DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR TAHUN 2011 NOMOR

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI KABUPATEN BELITUNG TIMUR
NOMOR 42 TAHUN 2011
TENTANG STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR

STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR

NO.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standard	Waktu Pencapaian
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1. 100%	1. 3 Tahun
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 jam	2. serta merta
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS /ALS	3. 100%	3. 3 Tahun
		4. Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	4. Satu Tim	4. 3 Tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di gawat darurat	5. \leq 5 menit terlayani, setelah pasien datang	5. 1 Tahun
		6. Kepuasan pelanggan	6. \geq 70%	6. 3 Tahun
		7. Kematian pasien \leq 24 jam	7. \leq 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	7. 3 Tahun
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100%	8. serta merta
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100 % Dokter Spesialis	1. 2 Tahun
		2. Ketersediaan Pelayanan	2. a. Poliklinik Anak b. Poliklinik Penyakit Dalam c. Poliklinik Kandungan d. Poliklinik Bedah	2. serta merta

		3. Jam buka pelayanan	3. Poliklinik a. spesialis: 09.00 s.d. 14.00 WIB setiap hari kerja, kecuali Jumat 08.30 s.d. 11.00 WIB b. Poliklinik Umum: 07.30 s.d.14.00 WIB	3. a. 1 Tahun b. serta merta
		4. Waktu tunggu di Rawat Jalan	4. ≤ 60 menit	4. 1 Tahun
		5. Kepuasan pelanggan	5. ≥ 90 %	5. 3 Tahun
		6. a. Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis. b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkolosis di Rumah Sakit.	6. a.65 % b.65 %	6. a. 2 Tahun b. 2 Tahun
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap	1. a. 100% diberikan oleh dokter umum/dokter spesialis b. Perawatdengan pendidikan minimal D3	1. a. 4 Tahun b. 4 Tahun
		2. Dokter penanggung jawab pasien ruang inap	2. 100%	2. serta merta
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	3. a.Anak b.Penyakit Dalam c.Kebidanan d.Bedah	3. a.serta merta b.serta merta c.serta merta d.serta merta
		4. Jam visite dokter Spesialis	4.Jam 08.00 s.d 14.00 WIB setiap hari kerja	4. 1 Tahun
		5. Kejadian infeksi pasca operasi.	5. ≤ 1,5 %	5. 2 Tahun
		6. Kejadian infeksi nosokomial	6. ≤ 1,5 %	6. 2 Tahun
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian (<i>Safety Patient</i>).	7. 100%	7. serta merta
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. ≤ 0.24%	8. 3 Tahun
		9. Kejadian pulang paksa	9. ≤ 5%	9. 2 Tahun
		10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 90%	10. 3 Tahun

		<p>11. Rawat inap Tuberkolosis</p> <p>a. Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis.</p> <p>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkolosis di Rumah Sakit</p>	<p>11.</p> <p>a. 65%</p> <p>b. 65%</p>	<p>11.</p> <p>a. 2 Tahun</p> <p>b. 2 Tahun</p>
4.	Bedah Sentral	<p>1. Waktu Tunggu Operasi elektif.</p> <p>2. Kejadian Kematian di meja operasi.</p> <p>3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.</p> <p>4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang.</p> <p>5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi.</p> <p>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi.</p> <p>7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi.</p>	<p>1. ≤ 2 hari</p> <p>2. ≤ 1 %</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. 100 %</p> <p>7. ≤ 6 %</p>	<p>1. 2 Tahun</p> <p>2. 2 Tahun</p> <p>3. serta merta</p> <p>4. serta merta</p> <p>5. serta merta</p> <p>6. serta merta</p> <p>7. 2 Tahun</p>
5.	Persalinan dan Perinatologi dan KB	<p>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</p> <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.</p> <p>5. Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500-2500 gr.</p>	<p>1.</p> <p>a. Perdarahan $< 1\%$</p> <p>b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$</p> <p>c. Sepsis $\leq 0.2\%$</p> <p>2.</p> <p>a. Dokter Spesialis Kandungan (Sp.OG)</p> <p>b. Dokter umum terlatih (Asuhan Pelatihan Normal)</p> <p>c. Bidan</p> <p>3. tersedia Tim PONEK yang terlatih.</p> <p>4. Dokter Spesialis Kandungan (Sp.OG)</p> <p>5. Dokter Spesialis Anak (Sp.A), Dokter Spesialis Anastesi(Sp.An).</p>	<p>1.</p> <p>a. 2 Tahun</p> <p>b. 2 Tahun</p> <p>c. 2 Tahun</p> <p>2.</p> <p>a. 2 Tahun</p> <p>b. 2 Tahun</p> <p>c. 2 Tahun</p> <p>3. 3 Tahun</p> <p>4. 3 Tahun</p> <p>5. 2 Tahun</p>

		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria.	6. 100%	6. 2 Tahun
		7. Keluarga Berencana a. Presentase Keluarga Berencana /KB (vasektomi dan tubectomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten (dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. umum terlatih. b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling Keluarga Berencana mantap oleh Bidan	7. a.100 % b.100%	7. a.2 Tahun b.2 Tahun
		8. Kepuasan Pelanggan.	8. $\geq 80\%$	8. 3 Tahun
6.	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam.	1. $\leq 3\%$	1. 3 Tahun
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	2. a.Dokter spesialis anastesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b.100% perawat minimal D3 dengansertifikat perawat mahir ICU/setara.	2. a. 3 Tahun b. 3 Tahun
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.	1. ≤ 3 jam	1. serta merta
		2. Pelaksana ekspertisi.	2. Dokter Spesialis Radiologi (Sp.rad)	2. 3 Tahun
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen.	3. Kerusakan foto $\leq 2\%$	3. 2 Tahun
		4. Kepuasan pelanggan	4. $\geq 80\%$	4. 3 Tahun
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	1. ≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	1. 2 Tahun
		2. Pelaksana Ekspertisi.	2. Dokter Spesialis Patologi Klimik (Sp.PK)	2. 4 tahun
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3.100 %	3. serta merta
		4. Kepuasan pelanggan.	4. $\geq 80\%$	4. 3 Tahun
9.	Rehabilitasi Medik (Fisioterapi)	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan.	1. ≤ 50 %	1. 2 Tahun

		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik.	2. 100%	2. 2 Tahun
		3. Kepuasan pelanggan.	3. $\geq 80\%$	3. 2 Tahun
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat racikan	1. a. ≤ 30 menit b. ≥ 60 menit	1. a. serta merta b. serta merta
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	2. 100%	2. serta merta
		3. Kepuasan pelanggan.	3. $\geq 80\%$	3. 3 Tahun
		4. Penulisan resep sesuai formularium.	4. 100%	4. 2 Tahun
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	1. $\geq 90\%$	1. serta merta
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.	2. $\leq 20\%$	2. 2 Tahun
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	3. 100%	3. serta merta
12.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi.	1. 100% terpenuhi	1. 2 Tahun
		2. Kejadian reaksi transfusi.	2. $< 0,01\%$	2. 2 Tahun
13.	Pelayanan keluarga miskin (GAKIN)	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	1. 1.00 %	1. serta merta
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	1. 100%	1. 1 Tahun
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	2. 100%	2. 1 Tahun
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	3. ≤ 10 menit	3. serta merta
		4. Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat inap.	4. ≤ 15 menit	4. serta merta
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair.	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	1. a. 3 Tahun b. 3 Tahun c. 3 Tahun d. 3 Tahun
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	2. 100%	2. serta merta
16.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	1. 100%	1. serta merta

		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	2. 100%	2. 1 Tahun
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	3. 100%	3. 1 Tahun
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala.	4. 100%	4. serta merta
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	5. $\geq 60\%$	5. 3 Tahun
		6. Cost recovery.	6. $\geq 40\%$	6. 4 tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan .	7. 100%	7. serta merta
		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	8. ≤ 2 jam	8. 1 Tahun
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	9. 100%	9. serta merta
17.	Ambulans	1. Waktu pelayanan ambulans.	1. 24 jam	1. serta merta
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans di Rumah sakit.	2. < 30 menit	2. 1 Tahun
		3. <i>Response time</i> pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan.	3. ≤ 60 menit	3. 1 Tahun
18.	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah.	1. ≤ 2 jam	1. 3 Tahun
19.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana prasarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	1. $\leq 80\%$	1. 1 Tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat.	2. 100%	2. 3 Tahun
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	3. 100%	3. 2 Tahun
20.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	1. 100%	1. 1 Tahun
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	2. 100%	2. 2 Tahun
21.	Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	1. 75 %	1. 2 Tahun
		2. Tersedia APD di setiap instalasi departemen	2. 60%	2. 2 Tahun

		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>HealthCare Associated Infection</i>) di RS (Min 1 Parameter).	3. 75 %	3. 2 Tahun
--	--	---	---------	------------

BUPATI BELITUNG TIMUR,

BASURI TJAHAJA PURNAMA

LAMPIRAN II: PERATURAN BUPATI KABUPATEN BELITUNG TIMUR
NOMOR 42 TAHUN 2011
TENTANG STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR

**Uraian Standar Pelayanan Minimal
I.PELAYANAN GAWAT DARURAT.**

1.Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

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

2.Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Gawat Darurat

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

Judul	Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan.
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan.
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Urusan Kepegawaian

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

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

5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter dalam hitungan menit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Gawat Darurat/Ketua Tim Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

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

7. Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

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

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di RSUD Kabupaten Belitang Timur.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kandungan/kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik dan umum pada hari kerja di RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 WIB, dan pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter umum jam buka 07.30 s.d 14.00 WIB setiap hari kerja, kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik atau pelayanan rawat jalan umum yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik atau umum dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di RSUD Kabupaten Belitung Timur yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Jalan/Ketua Tim Mutu

5. Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan

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

6. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS

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

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

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

2. Dokter Penanggung jawab pengumpulan data pasien rawat inap

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

3.Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan RSUD Kabupaten Belitung Timur yang membutuhkan tirah baring (menginap).
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap

4.Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kapala Ruangan Rawat Inap/Ketua Komite Medik

5. Kejadian infeksi pasca operasi

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

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RSUD Kabupaten Belitung Timur yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap/Ketua Komite Medik/Ketua Tim Mutu

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

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

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk ke RSUD Kabupaten Belitung Timur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional)(NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan <i>Medical Record</i> /Ketua Tim Mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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

V. BEDAH SENTRAL (bedah saja)

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral (COT)

2. Kejadian kematian dimeja operasi

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

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral (COT)/Ketua Komite Medik

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral (COT)/Ketua Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral (COT)/Ketua Komite Medik

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu Pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral (COT)/Ketua Komite Medik

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

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral (COT)/Ketua Komite Medik

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

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RSUD Kabupaten Belitung Timur terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati 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 oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan \leq 1% pre-eklampsia \leq 30%, sepsis \leq 0,2%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan/Ketua Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu/Kepala Ruangan Kebidanan

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

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

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang Kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah Dokter Sp,OG, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga Dokter Sp.OG, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Snastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu/Kepala Ruangan Perinatologi

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

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

7.a. Keluarga Berencana

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

7.b. Konseling KB Mantap

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

8. Kepuasan Pelanggan

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

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

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

2. Pemberi pelayanan unit intensif

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

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

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

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan laboratorium/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

IX. REHABILITASI MEDIK

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

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi berupa keterampilan fisik (fisioterapi) sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 50\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan rehabilitasi medik/ kepala ruangan fisioterapi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

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

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan rehabilitasi medik/ kepala ruangan fisioterapi/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

X. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

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

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

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

3. Kepuasan Pelanggan

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

4. Penulisan resep sesuai formularium

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

XI. Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan unit gizi RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan unit gizi RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 20\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan unit gizi RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah RSUD Kabupaten Belitung Timur dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi Unit Transfusi Darah (UTD)

3. Kejadian reaksi transfuse

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

XIII. PELAYANAN GAKIN

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

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

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

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

2. 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 kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan rekam medik

2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

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

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

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

XV. Pengolahan Limbah

1. Baku mutu limbah cair

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

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

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

XVI. Administrasi dan Manajemen

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

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

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

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

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	$\geq 40\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Urusan Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Kepala urusan kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Urusan Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

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

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

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

XVII. AMBULANS

1. Waktu pelayanan ambulance

Judul	Waktu pelayanan ambulance
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulans adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Pennanggung Jawab Ambulance/ Kepala Urusan Umum dan Perlengkapan

2.Kecepatan memberikan pelayanan ambulans di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSUD Kabupaten Belitung Timur dalam menyediakan ambulans kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah.
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans yang diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RSUD Kabupaten Belitung Timur sampai tersedianya ambulans (maksimal 30 menit).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulans
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulance/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

3.Response time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan cepat, responsif dan mampu menyediakan ambulans bagi masyarakat
Definisi operasional	Kecepatan ketersediaan ambulans bagi masyarakat yang membutuhkan (dalam menit/jam, sesuai dengan ketentuan daerah)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak permohonan permintaan ambulans oleh masyarakat hingga ambulans datang (tersedia)
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans oleh masyarakat
Sumber data	Survey
Standar	Sesuai ketentuan daerah
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulance/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Kabupaten Belitung Timur terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Pemulasaraan Jenazah/sesuai kesepakatan

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1.Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

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

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

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

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

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Urusan K3 RS

2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD Kabupaten Belitung Timur seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi/ruang yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi/ruang di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Urusan K3 RS

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RSUD Kabupaten Belitung Timur
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan factor resiko infeksi nosokomial, pengumpulandata (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi/ruang yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi/ruang yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Urusan K3 RS

Keterangan :

- ILO : Infeksi Luka Operasi**
- ILI : Infeksi Luka Infus**
- VAP : Ventilator Associated Pneumonie**
- ISK : Infeksi Saluran Kemih**

MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS

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

A. RAWAT JALAN

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

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

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

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

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

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

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

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

BUPATI BELITUNG TIMUR,

BASURI TJAJAJA PURNAMA

