



WALI KOTA BALIKPAPAN
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN WALI KOTA BALIKPAPAN
NOMOR 28 TAHUN 2016

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALIKPAPAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BALIKPAPAN,

- Menimbang : a. bahwa untuk menjamin akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara merata yang bersifat sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas waktu pencapaian sesuai dengan kebutuhan, prioritas dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil Daerah, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal penyelenggaraan kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Balikpapan;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
3. 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);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
6. Peraturan Daerah Kota Balikpapan Nomor 7 Tahun 2014 tentang Organisasi Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah (Lembaran Daerah Kota Balikpapan Tahun 2014 Nomor 7);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALIKPAPAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Balikpapan.
2. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kota Balikpapan.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Balikpapan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Balikpapan yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Balikpapan.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
7. Indikator adalah latar belakang/alasan mengapa suatu kinerja perlu diukur.

Pasal 2

Pengaturan mengenai SPM dimaksudkan untuk memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus ditetapkan yang dilakukan Rumah Sakit sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Pasal 3

Pengaturan SPM bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal melalui upaya kesehatan yang bermutu, terjangkau, efektif, efisien dan berorientasi pada keselamatan pasien.

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 4

- (1) Jenis pelayanan yang disediakan oleh Rumah Sakit meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan tranfusi darah;
 - m. pelayanan keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medik;
 - o. pengolahan limbah;
 - p. pelayanan administrasi manajemen;
 - q. pelayanan *ambulance*/mobil jenazah;
 - r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - s. pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
 - t. pelayanan laundry; dan
 - u. pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) SPM, uraian Indikator dan formula pengukuran SPM Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.
- (3) Target capaian SPM ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.

BAB III PENGORGANISASIAN

Pasal 5

- (1) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua bidang dan dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

Pasal 6

Koordinasi penyelenggaraan SPM dilakukan melalui:

- a. pengkajian secara berkesinambungan terhadap SPM berdasarkan kondisi ril, potensi dan kemampuannya;
- b. melakukan koordinasi, sosialisasi, diseminasi penyelenggaraan SPM yang mencakup upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan; dan
- c. melakukan survei kepuasan masyarakat terhadap pencapaian pelaksanaan SPM.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 7

- (1) SPM merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang telah ditetapkan.
- (3) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan Rumah Sakit untuk pencapaian target sesuai SPM seluruhnya dibebankan pada anggaran Rumah Sakit.

BAB V PEMBINAAN

Pasal 8

- (1) Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sesuai SPM.
- (2) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

BAB VI PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

Pasal 9

- (1) Direktur melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sesuai SPM.
- (2) Direktur menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 10

- (1) Wali Kota melalui Dewan Pengawas melaksanakan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM yang ditetapkan.

- (2) Hasil pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Balikpapan.

Ditetapkan di Balikpapan
pada tanggal 30 November 2016

WALI KOTA BALIKPAPAN,
ttd

M. RIZAL EFFENDI

Diundangkan di Balikpapan
pada tanggal 1 Desember 2016

SEKRETARIS DAERAH KOTA BALIKPAPAN,
ttd

SAYID MN FADLI

BERITA DAERAH KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2016 NOMOR 28

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH KOTA BALIKPAPAN
KEPALA BAGIAN HUKUM,

DAUD PIRADE
NIP 19610806 199003 1 004

LAMPIRAN I
 PERATURAN WALI KOTA BALIKPAPAN
 NOMOR 28 TAHUN 2016
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM
 DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALIKPAPAN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN

NO	JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100 %
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/	100 %
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 (satu) tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤5 menit terlayani, setelah pasien Datang
		6. Kepuasan pelanggan	≥70 %
		7. Kematian pasien ≤24 jam	≤2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %

2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3. Ketersediaan pelayanan pasien Jiwa di Rumah Sakit	a. anak remaja b. napza c. gangguan psikotik d. gangguan neurotik e. mental retardasi f. mental organik g. usia lanjut
		4. Jam buka pelayanan	08.00 wita-14.00 wita setiap hari kerja kecuali jumat 08.00 wita-11.30 wita
		5. Waktu tunggu dirawat jalan	≤60 menit
		6. Kepuasan pelanggan	>90 %
		7. a. Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis	60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit	60 %

3	Rawat Inap	1. Pemberian pelayanan di rawat inap (dokter spesialis dan tenaga perawat minimal berpendidikan Diploma 3)	a. Dokter spesialis b. Perawat minimal berpendidikan Diploma 3
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam visite dokter spesialis	08.00 wita-14.00 wita setiap hari
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤1,5 %

		6. Kejadian infeksi nosokomial	≤1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 %
		8. Kematian pasien >48 jam	≤0,24 %
		9. Kejadian pulang paksa	<5 %
		10. Kepuasan pelanggan	≥90 %
		11. Rawat inap Tuberculosis	
		a. penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis	60 %
		b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit	60 %
		12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan jiwa	Napza, gangguan psikotik, gangguan neurotik dan gangguan mental organik
		13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 %
		14. Kejadian <i>re-admission</i> pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100 %
		15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	<6 minggu
4	Bedah	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤2 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	≤1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing /lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7. Komplikasi anestesia karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤6 %

5	Persalinan dan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar Rumah Sakit ibu dan anak) dan Keluarga Berencana	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan $\leq 1\%$ b. Pre eksampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		2. Pemberian pelayanan persalinan normal (dokter spesialis, obstetri, ginekolog, dokter umum terlatih asuhan persalinan normal dan bidan)	a. Dokter spesialis obstetri ginekolog b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) c. Bidan
		3. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit (dokter spesialis obstetri ginekolog)	Tim PONEK yang terlatih

		4. Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (dokter spesialis obstetri ginekolog, dokter Sp.A, dokter Sp.An)	a. Dokter spesialis obstetri ginekolog b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR < 1500 gr- 2500 gr	100 %
		6. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio caesaria</i>	$\leq 20\%$
		7. Keluarga berencana a. Keluarga berencana mantap b. Konseling keluarga berencana mantap	$\leq 100\%$ 100%
		8. Kepuasan pasien	$\geq 80\%$
6	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72jam	$\leq 3\%$
		2. Pemberian pelayanan unit intensif (dokter spesialis, perawat Diploma 3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara D4)	a. dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal Diploma 3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2. Pelaksana ekspertisi (dokter Sp.Rad)	dokter Sp.Rad (100%)
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen karena kerusakan foto	Kerusakan foto $\leq 2\%$
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
8	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin

		2. Pelaksanaan ekspertisi (dokter Sp.PK)	dokter Sp.PK (100%)
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥80%
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤50 %
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3. Kepuasan pelanggan	≥80%
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan: a. Obat jadi b. Obat racikan	≤30 menit ≤60 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3. Kepuasan pelanggan	≥80%
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %
12	Tranfusi Darah	1. Pemenuhan Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 % terpenuhi
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤0,01 %
13	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 48 jam setelah selesai pelayanan	100 %
		2. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapat informasi yang jelas	100 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit
		4. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit

15	Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair sesuai standar	a. BOD < 30 mg/I b. COD < 80 mg/I c. TSS < 30mg/I d. PH 6-9 e. Suhu ≤ 27°C
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %
16	Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100 %
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
		4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per-tahun	≥60 %
		6. <i>Cost recovery</i>	≥40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
17	Ambulance/ Kereta jenazah	1. Waktu pelayanan <i>ambulance</i> /kereta Jenazah	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah di Rumah Sakit	≤30 menit
		3. Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan <i>ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan Daerah
18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaran jenazah	≤2 jam
19	Pelayanan pemeliharaan Sarana rumah Sakit	1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %

20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 % 100 %
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih 2. Tersedia alat perlindungan diri (apd) di setiap Instalasi/Departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di Rumah Sakit (minimal 1 parameter)	Anggota tim PPI yang terlatih 75 % 60% 75%

WALI KOTA BALIKPAPAN,

ttd

M. RIZAL EFFENDI

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH KOTA BALIKPAPAN
KEPALA BAGIAN HUKUM,

DAUD PIRADE
NIP 19610806 199003 1 004

LAMPIRAN II
 PERATURAN WALI KOTA BALIKPAPAN
 NOMOR 28 TAHUN 2016
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM
 DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALIKPAPAN

URAIAN INDIKATOR DAN FORMULA PENGUKURAN

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Life Saving* di Gawat Darurat

JUDUL	KEMAMPUAN MENANGANI <i>LIFE SAVING</i> DI GAWAT DARURAT
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	<i>Life Seving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airway, breath, circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>
Sumber data	Rekam medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

JUDUL	JAM BUKA PELAYANAN GAWAT DARURAT
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 (dua puluh empat) jam di Rumah Sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 (dua puluh empat) jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 (dua puluh empat) jam penuh
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 (dua puluh empat) jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberian Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

JUDUL	PEMBERIAN PELAYANAN KEGAWATDARURATAN YANG BERSERTIFIKAT ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

JUDUL	KETERSEDIAAN TIM PENANGGULANGAN BENCANA
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan sekali / setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	1 (satu) tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/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 petugas kesehatan di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan tenaga dokter
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n=50)
Sumber data	Sampel
Standar	5 (lima) menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN PADA GAWAT DARURAT
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

JUDUL	KEMATIAN PASIEN ≤ 24 JAM DI GAWAT DARURAT
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 2 per seribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi 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 kepada pasien gawat darurat
Definisi operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberian Pelayanan di Klinik Spesialis

JUDUL	PEMBERIAN 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 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

JUDUL	KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT JALAN
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Ketersediaan Pelayanan Pasien Jiwa di Rumah Sakit

JUDUL	KETERSEDIAAN PELAYANAN PASIEN JIWA DI RUMAH SAKIT
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan jiwa rawat jalan yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal: a. napza; b. gangguan psikotik; c. gangguan neurotik; dan d. mental organik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Buka Pelayanan Sesuai Kebutuhan

JUDUL	BUKA PELAYANAN SESUAI KEBUTUHAN
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan (mulai jam buka 08.00 wita-13.00 wita setiap hari kecuali hari jumat (jam 08.00 wita - 11.00 wita)
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialisik yang dibuka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register rawat jalan

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

5. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

JUDUL	WAKTU TUNGGU DI RAWAT JALAN
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu RS/Tim Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN PADA RAWAT JALAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu

7. a. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis

JUDUL	PENEGAKAN DIAGNOSIS TUBERCULOSIS MELALUI PEMERIKSAAN MIKROSKOPIS TUBERCULOSIS
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis
Definisi operasional	Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

7. b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

JUDUL	TERLAKSANANYA KEGIATAN PENCATATAN DAN PELAPORAN TUBERCULOSIS DI RUMAH SAKIT
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien Tuberculosis yang berobat rawat jalan ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien Tuberculosis rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus Tuberculosis rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberian Pelayanan di Rawat Inap (Dokter Spesialis dan Tenaga Perawat Minimal Berijazah Diploma 3)

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN DI RAWAT INAP (DOKTER SPESIALIS DAN TENAGA PERAWAT MINIMAL BERIJAZAH DIPLOMA 3)
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal Diploma 3)
Frekuensi Pengumpulan data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter spesialis dan perawat yang melayani di ruang rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

JUDUL	DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN RAWAT INAP
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 (satu) bulan yang mempunyai tenaga dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %

Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap
--------------------------------	-----------------------------

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

JUDUL	KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT INAP
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tinggal baring di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesilistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

JUDUL	JAM VISITE DOKTER SPESIALIS
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 wita sampai dengan 14.00 wita
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 wita sampai dengan 14.00 wita yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

JUDUL	KEJADIAN INFEKSI PASCA OPERASI
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarkannya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus)
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	Maksimum 1,5 %
Penanggungjawab pengumpul data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu RS/Tim Mutu

6. Kejadian Infeksi Nosokomial

JUDUL	KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama 1 (satu) bulan
Sumber Data	Survei/Laporan Infeksi Nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggungjawab pengumpul data	Ketua Komite Keperawatan/Komite Mutu RS/Tim Mutu

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

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN PASIEN JATUH YANG BERAKIBAT KECACATAN/KEMATIAN
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, kamar mandi, dan lain sebagainya yang berakibat kecacatan/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 medik/Laporan Keselamatan Pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian Pasien >48 Jam

JUDUL	KEMATIAN PASIEN >48 JAM
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien >48jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	0,24 %
Penanggungjawab pengumpul data	Ketua Komite Medik/Tim Mutu

9. Kejadian Pulang Paksa

JUDUL	KEJADIAN PULANG PAKSA
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan Rumah Sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	Maksimum 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu RS

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggungjawab pengumpul data	Ketua Komite/Tim Mutu

11. a. Rawat Inap Tuberculosis

JUDUL	PENEGAKAN DIAGNOSIS TUBERCULOSIS MELALUI PEMERIKSAAN MIKROSKOPIS TUBERCULOSIS
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

11. b. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

JUDUL	TERLAKSANANYA KEGIATAN PENCATATAN DAN PELAPORAN TUBERCULOSIS DI RUMAH SAKIT
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan Pelaporan semua pasien Tuberculosis yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien Tuberculosis rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus Tuberculosis rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit yang Memberikan Pelayanan Jiwa

JUDUL	KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT DI RUMAH SAKIT YANG MEMBERIKAN PELAYANAN JIWA
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada pelayanan jiwa di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal: a. napza; b. gangguan psikotik; c. gangguan neurotik; dan d. gangguan organik
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

13. Tidak Adanya Kejadian Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

JUDUL	TIDAK ADANYA KEMATIAN PASIEN GANGGUAN JIWA KARENA BUNUH DIRI
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal:

	a. napza; b. gangguan psikotik; c. gangguan neurotik; dan d. gangguan organik
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

14. Kejadian Pasien Gangguan Jiwa Tidak Kembali Dalam Perawatan (*Re-Admission*) Dalam Waktu \leq 1 Bulan

JUDUL	KEJADIAN PASIEN GANGGUAN JIWA TIDAK KEMBALI DALAM PERAWATAN (<i>RE-ADMISION</i>) DALAM WAKTU \leq 1 BULAN
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu \leq 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

15. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

JUDUL	LAMA HARI PERAWATAN PASIEN GANGGUAN JIWA
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah rata-rata perawatan pasien gangguan jiwa 6 (enam) minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 6 minggu
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

JUDUL	WAKTU TUNGGU OPERASI ELEKTIF
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 2 hari
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

JUDUL	KEJADIAN KEMATIAN DI MEJA OPERASI
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi serta kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan dan <i>sentin event</i>
Periode Analisa	Tiap bulan dan <i>sentin event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik/laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH SISI
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya 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 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik/laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH ORANG
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik/laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN SALAH TINDAKAN PADA OPERASI
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik/laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

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

JUDUL	TIDAK TERJADINYA KEJADIAN TERTINGGALNYA BENDA ASING PADA TUBUH PASIEN SETELAH OPERASI
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian tertinggalnya benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik/laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

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

JUDUL	KOMPLIKASI ANESTESI KARENA OVERDOSIS, REAKSI ANESTESI DAN SALAH PENEMPATAN <i>ENDOTRACHEAL TUBE</i>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 6 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

JUDUL	KEJADIAN KEMATIAN IBU KARENA PERSALINAN
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan kasus.
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu mencakup perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan sepsis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> a. tekanan darah sistolik >160 mmHg dan diastolik >110 mmHg; b. proteinuria 5 gr/24jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif; dan c. oedema tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> - Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong

Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medik
Standar	Perdarahan <1 %, pre-eklampsia <30 %, sepsis ≤0,2 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Medik

2. Pemberian Pelayanan Persalinan Normal

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN NORMAL
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memberikan pelayanan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Mutu RS

3. Pemberian Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN DENGAN PENYULIT
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG. Penyulit persalinan meliputi: <ul style="list-style-type: none"> - Persalinan dengan sungsang; - persalinan dengan partuslama; dan - persalinan dengan ketuban pecah dini
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter sp.OG.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter, bidan, perawat yang melayani persalinan dengan penyulit

Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Mutu RS

4. Pemberian Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

JUDUL	PEMBERIAN 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 anestesi
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan yang ditolong dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Mutu Rumah Sakit

5. Kemampuan Menangani BBLR>1500-2500 Gram

JUDUL	KEMAMPUAN MENANGANI BBLR>1500-2500 GRAM
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan>1500- 2500 gram
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah BBLR>1500- 2500 gram yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR>1500- 2500 gram yang ditangani
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu RS

6. Pertolongan Persalinan Melalui *Seksio Caesarea*

JUDUL	PERTOLONGAN PERSALINAN MELALUI <i>SEKSIO CAESAREA</i>
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di Rumah Sakit yang sesuai dengan induksi dan efisien
Definisi Operasional	<i>Seksio caesarea</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan <i>seksio caesarea</i> dalam 2 (dua) bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 20 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Mutu Rumah Sakit

7. a. Keluarga Berencana

JUDUL	KELUARGA BERENCANA MANTAP
Dimensi Mutu	Ketersediaan Kontrasepsi Mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis pelayanan Keluarga Berencana Mantap
Denominator	Jumlah peserta Keluarga Berencana
Sumber Data	Rekam medik dan Laporan Keluarga Berencana Rumah Sakit
Standar	≤ 100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan

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 untuk mendapatkan pilihan pelayanan Keluarga Berencana mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan Keluarga Berencana Mantap
Denominator	Jumlah peserta konseling Keluarga Berencana Mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan Keluarga Berencana
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Kepala Bidang Pelayanan

8. Kepuasan Pasien Persalinan

JUDUL	KEPUASAN PASIEN PERSALINAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu RS

F. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif Dengan Kasus yang Sama <72 Jam

JUDUL	RATA-RATA PASIEN YANG KEMBALI KEPERAWATAN INTENSIF DENGAN KASUS YANG SAMA <72 JAM
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat diruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	Maksimum 3 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Medik

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 spesialis sesuai kasus yang ditangani, Perawat berpendidikan Diploma 3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani, Perawat berpendidikan Diploma 3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Mutu RS

G. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto *Thorax*

JUDUL	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO <i>THORAX</i>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i> adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspirtasi
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i> dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik
Standar	Maksimum 3 (tiga) jam
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

JUDUL	PELAKSANA EKSPERTISI HASIL PEMERIKSAAN
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi <i>rontgen</i> adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto <i>rontgen</i> /hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto <i>rontgen</i> yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto <i>rontgen</i> dalam 1 (satu) bulan

Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan *Rontgen*

JUDUL	KEJADIAN KEGAGALAN PELAYANAN <i>RONTGEN</i>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	Maksimal 2%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang menyatakan puas (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu RS

H. 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 sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	Maksimal 140 (seratus empat puluh) menit (manual)
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

JUDUL	PELAKSANA EKSPERTISI HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan

Sumber Data	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

JUDUL	TIDAK ADANYA KESALAHAN PENYERAHAN HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Mutu Rumah Sakit

I. REHABILITASI MEDIK

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

JUDUL	KEJADIAN <i>DROP OUT</i> PASIEN TERHADAP PELAYANAN REHABILITASI YANG DIRENCANAKAN
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ada di program rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	Maksimal 50 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN TINDAKAN REHABILITASI MEDIK
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana yang dilakukan dokter spesialis rehabilitasi medik, fisioterafi dan dokter konsulen
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang ada di program rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
---------------------------------	-------------------------------------

3. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu RS

J. 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 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤30 Menit
Penanggungjawab pengumpul 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemeberian obat meliputi: <ul style="list-style-type: none"> - salah dalam memberikan jenis obat; - salah dalam memberikan dosis; - salah orang; dan/atau - salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab pengumpul data	Komite Mutu RS

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

JUDUL	PENULISAN RESEP SESUAI FORMULARIUM
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai <i>sample</i> yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai <i>sample</i> dalam 1 (satu) bulan (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

K. GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN MAKANAN KEPADA PASIEN
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) 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	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan Oleh Pasien

JUDUL	SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN OLEH PASIEN
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

JUDUL	TIDAK ADANYA KESALAHAN DALAM PEMBERIAN DIET
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

L. 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 Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian Reaksi Transfusi

JUDUL	KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat tranfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 0,01 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD

M. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

Pelayanan Terhadap Pasien Keluarga Gakin Yang Datang ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan

JUDUL	PELAYANAN TERHADAP PASIEN KELUARGA MISKIN YANG DATANG KE RUMAH SAKIT PADA SETIAP UNIT PELAYANAN
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Keluarga miskin adalah pasien pemegang Kartu Gakin yang memenuhi kriteria kemiskinan berdasarkan Kriteria BPS Nomor 0400.043 Tanggal 30 Agustus 2007
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien Keluarga Miskin yang dilayani Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Keluarga Miskin yang datang ke Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

N. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 48 (Empat Puluh Delapan) Jam Setelah Selesai Pelayanan

JUDUL	KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIK 48 (EMPAT PULUH DELAPAN) 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 48 (empat puluh delapan) jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik/Kasi Pelayanan Medik

2. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapat Informasi Yang Jelas

JUDUL	KELENGKAPAN <i>INFORMED CONSENT</i> SETELAH MENDAPAT INFORMASI YANG JELAS
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. 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 medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan adalah waktu mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan atau ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	Rata-rata 10 (sepuluh) menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi 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 medik rawat inap adalah dokumen rekam medik 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 analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rata-rata 15 (lima belas) menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

O. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

JUDUL	BAKU MUTU LIMBAH CAIR
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: <ul style="list-style-type: none"> - BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter; - COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter; - TSS (Total Oxygen Solid) 30 mg/ liter; dan - PH: 6- 9
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

JUDUL	PENGOLAHAN LIMBAH PADAT BERBAHAYA SESUAI DENGAN ATURAN
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: <ul style="list-style-type: none"> - Sisa jarum suntik; - Sisa ampul; - Kasa bekas; - Sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku

Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS/ Ketua K3RS

P. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyediaan Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

JUDUL	TINDAK LANJUT PENYEDIAAN HASIL PERTEMUAN TINGKAT DIREKSI
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian tingkat direksi adalah pelaksana tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

JUDUL	KELENGKAPAN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah media pertanggungjawaban yang berisi informasi capaian kinerja instansi Pemerintah yang dapat digunakan sebagai komunikasi pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 1 (satu) tahun sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Bagian Umum
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Direktur

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PENGUSULAN KENAIKAN PANGKAT
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Subbagian Umum
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Umum

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PENGURUSAN KENAIKAN GAJI BERKALA
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang telah memenuhi persyaratan: a. telah mencapai masa kerja golongan ditentukan untuk kenaikan gaji berkala; dan b. penilaian pelaksanaan pekerjaan dengan nilai rata-rata paling rendah “cukup”.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan Keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Subbagian Umum
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Umum

5. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 (Dua Puluh) Jam Per Tahun

JUDUL	KARYAWAN YANG MENDAPAT PELATIHAN MINIMAL 20 (DUA PULUH) JAM PER TAHUN
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 atau di luar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per-karyawan 20 (dua puluh) jam pertahun
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan Rumah Sakit
Sumber data	Kepala seksi Pengendalian dan Pengembangan Mutu dan Sarana
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Pengendalian dan Pengembangan

6. *Cost Recovery*

JUDUL	<i>COST RECOVERY</i>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Subbagian Keuangan
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Umum

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PENYUSUNAN LAPORAN KEUANGAN
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Subbagian Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Umum

8. Ketepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

JUDUL	KECEPATAN WAKTU PEMBERIAN INFORMASI TENTANG TAGIHAN PASIEN RAWAT INAP
Dimensi mutu	Efektifitas, 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 dalam 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	setiap bulan
Periode analisa	setiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	Maksimal 2 (dua) jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Subbagian Keuangan

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

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN IMBALAN (INSENTIF) SESUAI KESEPAKATAN WAKTU
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 (satu) bulan
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode analisa	setiap bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian insentif
Denominator	Jumlah total pendapatan per-instalasi pelayanan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Subbagian Keuangan

Q. *AMBULANCE/KERETA JENAZAH*

1. Waktu Pelayanan *Ambulance/Kereta Jenazah*

JUDUL	WAKTU PELAYANAN <i>AMBULANCE/KERETA JENAZAH</i>
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan <i>ambulance/kereta jenazah</i> 24 (dua puluh empat) jam di Rumah Sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 (dua puluh empat) jam adalah pelayanan <i>ambulance/kereta jenazah</i> selalu siap memberikan pelayanan selama 24 (dua puluh empat) jam penuh
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka pelayanan <i>ambulance/kereta jenazah</i> dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Laporan bulanan Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 (dua puluh empat) jam
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu RS/PJ <i>Ambulance/Kereta Jenazah</i>

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

JUDUL	KECEPATAN MEMBERIKAN PELAYANAN <i>AMBULANCE</i> /KERETA JENAZAH DI RUMAH SAKIT
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> /kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan respon memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya <i>ambulance</i> /kereta jenazah, maksimal 30 (tiga puluh) menit
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh <i>ambulance</i> /kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan penggunaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu RS/PJ <i>Ambulance</i> /Kereta Jenazah

R. PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

JUDUL	WAKTU TANGGAP PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Hasil pengamatan

Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu RS/Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT (IPSRS)

1. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PEMELIHARAAN ALAT
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan/ <i>service</i> tepat waktu dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

2. Peralatan Laboratorium dan Alat Ukur Lain yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

JUDUL	PERALATAN LABORATORIUM DAN ALAT UKUR LAIN YANG TERKALIBRASI TEPAT WAKTU SESUAI DENGAN KETENTUAN KALIBRASI
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium dan alat ukur lain yang terkalibrasi oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPPK)
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium dan alat ukur lain yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium dan alat ukur lain yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. 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 (lima belas) menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 (lima belas) menit dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\leq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala IPS RS

T. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN LINEN YANG HILANG
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari <i>sampling</i> dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari <i>sampling</i> tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PENYEDIAAN LINEN UNTUK RUANG RAWAT INAP
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

U. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. Tim PPI

JUDUL	TERSEDIAANYA ANGGOTA TIM PPI YANG TERLATIH
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjutan PPI
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisa	1 (satu) ahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

JUDUL	TERSEDIANYA APD
Dimensi mutu	Mutu Pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi Rumah Sakit
Definisi operasional	Alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu <i>boots</i> dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah Instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survei
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

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 nosokomial di Rumah Sakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>checklist</i>) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit. Minimal 1 (satu) parameter (Infeksi Luka Operasi (ILO)/Infeksi Luka Infus/ <i>phlebitis</i> (ILI)/ <i>Ventilator Assosiated Pnemonia</i> (VAP)/Infeksi Saluran Kemih (ISK))
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survei
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

KETERANGAN:

ATLS BT LS ACLS PPGD PONEK	= = = = =	Advance Traumatic Life Support Basic Traumatic Life Support Advance Cardiac Life Support Pelatihan Penanganan Gawat Darurat Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
NAPZA TB SpOG Sp AN BBLR SpAn ICU	= = = = = = =	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya Tuberculosis Spesialis Obstetri dan Gynecologi Spesialis Anestesi Bayi Berat Lahir Rendah Spesialis Anestesi Intensive Care Unit
APD UTD KTD Sentinel Event IPSRs K3RS PJ	= = = = = = = =	Alat Pelindung Diri Unit Transfusi Darah Kejadian Tidak Diharapkan Suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan suatu kematian atau cedera yang serius Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit Penanggung Jawab

ILO	=	Infeksi Luka Operasi
ILI	=	Infeksi Luka Infus/phlebitis
VAP	=	Ventilator Assosiated Pnemonia
ISK	=	Infeksi Saluran Kemih

WALIKOTA BALIKPAPAN,
ttd

M. RIZAL EFFENDI

Salinan sesuai dengan aslinya

SEKRETARIAT DAERAH KOTA BALIKPAPAN

KEPALA BAGIAN HUKUM,



DAUD PIRADE
NIP 19610806 199003 1 004