



**BUPATI BELITUNG TIMUR
PROPINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG**

**PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR
NOMOR 49 TAHUN 2014**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BELITUNG TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah, yang menuntut Pemerintah Kabupaten Belitung Timur menyelenggarakan pelayanan kesehatan di berbagai tatanan fasilitas kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan peningkatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar yang ditetapkan;
- c. bahwa standar layanan rumah sakit perlu memuat jenis dan mutu layanan minimal, sebagai alat ukur mutu layanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit, sehingga perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit; dan
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, b, dan c di atas, maka perlu ditetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat dan Kabupaten Belitung Timur di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Negara 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 tahun 2007 tentang pedoman teknis pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor: 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

15. Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 18 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Penanaman Modal Serta Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Belitung Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2008 Nomor 94), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 5 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 18 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Penanaman Modal serta Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Belitung Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2013 Nomor 5);
- 18 Peraturan Bupati Nomor 52 Tahun 2013 Tentang Uraian Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur (Berita Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2013 Nomor 52);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Belitung Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Belitung Timur.
3. Bupati adalah Bupati Belitung Timur.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah RSUD Kabupaten Belitung Timur.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur kepada masyarakat.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
9. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.

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

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

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

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman pemerintah, para pembuat kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan di RSUD tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target/capaian waktu daerah/kabupaten, serta cara perhitungan pencapaian kinerja dan sumber data di RSUD.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR DAN URAIAN
SERTA BATAS WAKTU PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

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

Bagian Kedua
Indikator, Standar dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar, dan Uraian Standar Pelayanan Minimal tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga
Batas Waktu Pencapaian
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 5

RSUD menyusun rencana pencapaian SPM di RSUD yang memuat target tahunan pencapaian SPM di RSUD dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM di RSUD sesuai dengan yang ditetapkan sebagaimana tercantum dalam lampiran I dalam Peraturan Bupati ini

**BAB IV
PENGORGANISASIAN**

Pasal 6

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

**BAB V
PELAKSANAAN**

Bagian Kesatu
Penerapan

Pasal 7

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Direktur RSUD bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, berkewajiban membantu menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh petugas dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (5) RSUD menyusun Rencana Aksi Strategis yang diintegrasikan kedalam rencana strategis bisnis rumah sakit berisikan rencana kerja anggaran, yang mencakup program kerja, kegiatan, target kinerja, biaya indikatif dan rencana peningkatan mutu pelayanan tahunan yang disusun oleh Direktur Rumah Sakit, serta dibantu oleh setiap unit kerja pelayanan dan administrasi dan dikoordinasikan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur.

- (6) SKPD yang membidangi Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Belitung Timur wajib mengintegrasikan perencanaan, target dan pembiayaan pencapaian Standar Pelayanan Minimal kedalam dokumen perencanaan pembangunan daerah sesuai dengan kemampuan keuangan, potensi dan prioritas daerah.

Bagian Kedua
Penyediaan Sumber Daya

Pasal 8

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

BAB VI
PEMBINAAN

Pasal 9

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota, berupa pemberian orientasi umum, pemberian standar teknis atau pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan, yang meliputi:
 - a. Perhitungan kebutuhan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal, termasuk kesenjangan pembiayaannya;
 - b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target Standar Pelayanan Minimal;
 - c. Penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan standar pelayanan minimal RSUD.

Pasal 10

Pemerintah Daerah melaksanakan pembinaan, supervisi, monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM di rumah sakit dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.

BAB VII PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pengawas Internal

Pasal 11

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

Bagian Kedua Pengawas Eksternal

Pasal 12

- (1) Pengawasan eksternal terhadap RSUD dilakukan oleh Bupati melalui dewan pengawas RSUD, yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Pengawas eksternal sebagaimana yang dimaksud ayat (1) bertugas untuk mengawasi dan membantu pengendalian pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal di RSUD.

Bagian Ketiga Pelaporan

Pasal 13

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

BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 14

RSUD segera menetapkan penanggung jawab masing-masing indikator yang tercantum di dalam SPM sesuai dengan Peraturan Bupati ini.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 15

- (1) Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Bupati ini akan ditetapkan lebih lanjut oleh Bupati sepanjang mengenai pelaksanaannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dengan berlakunya Peraturan Bupati ini, maka Peraturan Bupati Nomor 42 Tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- (3) Peraturan Bupati ini mulai berlaku paling lambat tanggal 1 Januari 2015.

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

Ditetapkan di Manggar
Pada tanggal 15 Agustus 2014

BUPATI BELITUNG TIMUR,

ttd

BASURI TJAHAJA PURNAMA

Diundangkan di Manggar
Pada tanggal 15 Agustus 2014

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BELITUNG TIMUR,

ttd

TALAFUDDIN

BERITA DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR TAHUN 2014 NOMOR 49

Salinan sesuai dengan aslinya
Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM,

AMRULLAH, SH
Penata(III/c)
NIP. 19710602 200604 1 005

INDIKATOR, STANDAR, DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. Unit Gawat Darurat (UGD)

1. Kemampuan menangani lifesaving

Judul	Kemampuan menangani lifesaving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Belitung Timur dalam memberikan Pelayanan Gawat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan Urutan Airway, Breath, dan Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di Unit Gawat Darurat dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur
Sumber Data	Daftar Inventrasis alat di Unit Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga yang yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan.
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga pemberi pelayanan Gawat Darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/GELS yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD / GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kasubbag Umum dan Kepegawaian
-----------------------------------	-------------------------------

3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di RSUD Belitung Timur dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yan gada di RSUD Belitung Timur dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	Satu tahun
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di <i>sampling</i> secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (<i>minimal n=50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Ketua Tim Mutu/panitia mutu

6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka

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

7. Kematian pasien di IGD

Judul	Kematian Pasien ≤ 8 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawatDarurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 8jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode≤ 8jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat

Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. 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 oleh dokter, Perawat dan petugas loket.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (<i>minimal n= 50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Ketersediaan Pelayanan

Judul	Ketersediaan Pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di RSUD Belitung Timur sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur
Definisi Operasional	Ketersediaan Layanan adalah jenis-jenis pelayanan Rawat Jalan Spesialis yang disediakan oleh RSUD Belitung Timur sesuai dengan Klasifikasi RSUD Belitung Timur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di RSUD Belitung Timur satubulan
Denominator	Jenis Pelayanan yang seharusnya tersedia di RSUD Belitung Timur sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur.
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur Peermenekes No. 340/2010
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik Spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di RSUD Belitung Timur yang dilayani oleh dokter spesilis, (untuk Rumah Sakit Pendidikan dapat dilayani oleh Dokter PPDS sesuai dengan Clinical privilege diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulaif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam buka pelayanan Rawat Jalan

Judul	Jam buka pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di RSUD Belitung Timur
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00s.d.13.00 WIB, dan pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter umum jam buka 07.30 s.d 14.00 WIB setiap hari kerja, kecuali jum'at pukul 08.00 s.d 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik atau pelayanan rawat jalan umum yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik atau umum dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

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

5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis Tuberculosis

Judul	Penegakan Diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan Mikroskopis Tuberculosis
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kesenambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberculosis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis tubercolisi secara mikroskopik adalah dengan ditemukannya <i>mycobacterium tuberculosis</i> melalui 3 kali pemeriksaan mikroskopik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosis tubecolosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopik
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosisi yang diperiksa
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi RawatJalan

6. Pasien Rawat Jalan Tuberculosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses,efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan followup pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakitdalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB03UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Jalan/Pengelola TB rumah sakit

7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)

Judul	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan VCT di RSUD Belitung Timur untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi Operasional	PelayananVoluntary Councelling and Testing adalah pelayanan di RSUD Belitung Timur kepada Masyarakat yang secara sukarela untuk melkukan test dan konseling HIV/AIDS
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Adanya Pelayanan VCT
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	Tersedia dengan tenaga pelatih
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

8. Peresep-an Obat Sesuai Formularium

Judul	Peresep-an Obat Sesuai Formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efiseisnsi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di RSUD Belitung Timur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebaai sampel dalam satu bulan (minimal 50 sampel)
Sumber Data	Instalasi farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

9. Pencatan dan pelaporan Tuberculosis di RSUD Belitung Timur

Judul	Pencatan dan pelaporan Tuberculosis di RSUD Belitung Timur
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Belitung Timur
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaopran TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di RSUD Belitung Timur
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di RSUD Belitung Timur
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

10. Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan Pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat dan petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan / Tim Mutu / Panitia Mutu

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensiteknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di RSUD Belitung Timur sesuai dengan Kelas Rumah Sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayana adalah jenis-jensi pelayana rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh RSUD Belitung Timur sesuai dengan Kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di Rawat Inap yang tersedia di RSUD Belitung Timur
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas RSUD Belitung Timur
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	100% (seuai dengan RSUD Belitung Timur Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	Tempat tidur dengan Pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tdiur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di RSUD Belitung Timur
Sumber Data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap

3. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Judul	Tempat Mandi dengan Pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruangan rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di Ruang rawat inap yang ada di RSUD Belitung Timur
Sumber Data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap

4. Dokter Penanggung Jawab 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 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai Penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap

5. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses,kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan14.00

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

6. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan,kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RSUD Belitung Timur yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Medik/komite mutu/Ketua Tim Mutu

7. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial di RSUD Belitung Timur
Definisi Operasional	Infeksi nosocomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RSUD Belitung Timur yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosocomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei,laporan infeksi nosokomial

Standar	≤ 9%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap/Komite Medik/Ketua Tim Mutu

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

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

9. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasienrawat Inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses,efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam
Sumber Data	Register rawat inap, register TB03 UPK
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap/Pengelola TB Rumah Sakit
-----------------------------------	--

10. Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberculosi <i>s</i> dalam mendukung epidemiologi tuberculosi <i>s</i>
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tuberculosi <i>s</i> yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien tuberkulosis
Sumber Data	Register rawat inap, register TB03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Rawat Inap

11. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh

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

12. Kematian Pasien ≥ 48 Jam

Judul	Kematian Pasien ≥ 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif

Definisi Operasional	Kematian pasien >48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk ke RSUD Belitung Timur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap> 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24\% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$,Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan <i>Medikal Record</i> /Ketua Tim Mutu

13. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

IV.BEDAH SENTRAL (bedah saja)

1. Ketersediaan Tim Operator

Judul	Ketersediaan Tim Operator
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tim operator adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah baik cito maupun elektif yang terdiri dari dokter spesialis, perawat dan petugas instrument sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas RSUD Belitung Timur dan kebutuhan (beban kerja)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Ketersedian fasilitas dan peralatan ruang operasi

Judul	Ketersedian fasilitas dan peralatan ruang operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan Bedah Sentral.
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peraltan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas RSUD Belitung Timur
Sumber Data	Inventrasi Instalasi Bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

3. Kemampuan melakukan tindakan operatif

Judul	kemampuan melakukan tindakan operatif
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	RSUD Belitung Timur mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dann unggulan RSUD Belitung Timur.
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilakukan di instalasi bedah sentral
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RSUD Belitung Timur
Sumber Data	Instalasi bedah sentral
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral

4. Waktu tunggu operasi elektif

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

5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

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

Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis,laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral /Ketua Komite Medik

6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

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

7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggal benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan Bedah Sentral /Ketua Komite Medik

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

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

10. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinelevent
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satubulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruangan BedahSentral /Ketua Komite Medik

11. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan instlasi bedah sentral
Definisi Operasional	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan isntalasi bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam Pasien)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu

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

1. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliptui partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre eklampsia berat dan tali pusat menumbung.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, rekam medis dan SMF Kebidanan
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala SMF Kebidanan

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokterSp,OG,dokter spesialis anak,dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter yang memberikan pelayanan dengan tindakan operasi
Denominator	Tim yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter spesialis anak dan dokter spesialis anethesi.
Sumber data	Kepegawaian, rekam medik dan SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala SMF Kebidanan

3. Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan1500gr-2500gr
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500gr-2500gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu/Kepala Ruangan Perinatologi

4. Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia

Judul	Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani Bayi baru lahir dengan asfiksia
Definisi operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil di tangani
Denominator	JumlahseluruhBayi baru lahir dengan asfiksia yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik / komite mutu
-----------------------------------	----------------------------

5. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan
Dimensi Mutu	Efektifitas,keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di RSUD Belitung Timur yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di RSUD Belitung Timur dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di RSUD Belitung Timur dalam periode yang sama.
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤20%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik

6. Pelayanan Kontrasepsi Mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten

Judul	Pelayanan Kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten
Dimensi Mutu	Kompeten teknis dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profeionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi Mantap adalah vasektomi dan tubektomi, tenaga yang kompeten adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter spesialis bedah dan dokter umum yang terlatih
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam satu bulan
Denominator	Jumlahseluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu

7. Pelayanan Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap

Judul	Pelayanan Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap
Dimensi Mutu	Kompeten teknis dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi Mantap adalah vasektomi dan tubektomi, tenaga yang kompeten. Konseling dilakukan minimal oleh tenaga bidan terlatih.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam satu bulan
Denominator	Jumlahseluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu

9.Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RSUD Belitung Timur terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia,Eklampsia dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua,pre- eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda,yaitu: - Tekanan darah sistolik>160mmHg dan diastolik>110mmHg - Proteinuria> 5gr/24jam3+/4-pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda preeclampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan,pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan,pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan<1%pre-eklampsia<30%,sepsis <0,2%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik

10.Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei(n minimal50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/ tim mutu

VI.PELAYANAN INTENSIF

1. 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, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpulan	Kepala Instalasi ICU

2. Ketersediaan Faslitas dan Peralatan Ruang ICU

Judul	Ketersediaan Faslitas dan Peralatan Ruang ICU
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit

Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan intensif
Denominator	1
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi ICU

3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator

Judul	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan intensif
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan intensif
Denominator	1
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi ICU

4. Kepatuhan terhadap Hand Hygiene

Judul	Kepatuhan terhadap Hand Hygiene
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Menjamin <i>Hygiene</i> dalam melayani pasien di ruang intensif
Definisi operasional	<i>Hand Hygiene</i> adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah perawat yang diamati dan mematuhi prosedur <i>hand hygiene</i>
Denominator	Jumlah seluruh perawat yang diamati
Sumber data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi ICU
-----------------------------------	----------------------

5. Kejadian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU

Judul	Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di Ruang ICU
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah injeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, pheblitis, sepsis dan infeksi luka operasi.
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlahpasien rawat inap dalam periode yang sama
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9 %
Penanggung jawab pengupulan data	Kepala Instalasi ICU

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

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

7.Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan perawatan intensif.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan perawatan intensif.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei(n minimal50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik/mutu

VII.RADIOLOGI

1. Pemberi Pelayanan radiologi

Judul	Pemberi pelayanan radiologi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber data	Rekam medis
Standar	<3%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan radiologi

2. Ketersediaan Fasilitas dan peralatan radiologi

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan radiologi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan radiologi.
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayann radiologi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur.

Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris instalasi radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan radiologi

3. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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

4. Kerusakan Foto

Judul	Kerusakan Foto
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapt dibaca
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlahfotorusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlahseluruhpemeriksaanfotorontgendalam1bulan.
Sumber data	RegisterRadiologi
Standar	< 2 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan radiologi

5. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya keteleitian dalam pelaksanaan perlabelan foto
Definisi operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan penandaan kanan/kiri
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien di instalasi radiologi yang difoto dengan pelabelan benar
Denominator	Jumlah pasien yang difoto dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	< 2%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan radiologi

6. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi

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

7. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Mutu/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

VIII.LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Pemberi Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik
Dimensi Mutu	Kompetensi teknik
Tujuan	Tersedianya pelayanan laboratorium patologi klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, instalasi laboratorium
Standar	Dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan laboratorium

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium patologi klinik

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium klinik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan patologi klinik
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan ruang Laboratorium adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	1

Sumber data	Inventaris instalasi laboratorium
Standar	sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan laboratorium

3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik
Dimensi Mutu	Efektifitas,kesinambungan pelayanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah.Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil <i>sample</i> sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<120menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan laboratorium

4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kejadian specimen pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengolahan specimen laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukarnya specimen pemeriksaan laboratoirum adalah tertukarnya specimen milik orang yang satu dengan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlahseluruhspecimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah specimen yang tertukar
Denominator	Jumlah seluruh specimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	Rekammedis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan laboratorium
-----------------------------------	-----------------------------

5. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS

Judul	Kemampuan memeriksa HIV – AIDS
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergamabnyakemampuan laboratorium RSUD Belitung Timur dalam memeriksa HIV – AIDS
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV – AIDS adalah pemeriksaan skrining HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV/AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV/AIDS
Denominator	1
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik/ komite mutu

6. Kemampuan memeriksa mikroskopik tuberculosis paru

Judul	Kemampuan memeriksa mikroskopik tuberculosis paru
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergamabarnya kemampuan laboratorium RSUD Belitung Timur dalam memeriksa mikroskopik tuberculosis paru
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium mikroskopik tuberculosis paru adalah pemeriksaan mikroskopik untuk mendekati adanya mycobacterium tuberculosis pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosis
Denominator	1
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik/ komite mutu

7. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik

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

8. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarinya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan indentifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan perlabelan sampel dan kesalahan penyebaran hasil laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratoirum dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala ruangan laboratorium

9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal

Judul	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak di luar RSUD Belitung Timur yang kompeten.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	Jumlah seluruh parameter yang diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan laboratorium

10. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial50)
Sumber data	Survei
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan laboratorium/Kepala Urusan Hubungan Masyarakat

IX.REHABILITASI MEDIK

1. Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik

Judul	Pemberi Pelayanan rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan Rekam Medik.
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik adalah dokter spesialis rehabilitasi medik dan fisioterapi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan kelas RSUD Belitung Timur.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan rehabiltasi medik
Denominator	1
Sumber data	Unit Pelayanan Rehabiltasi Medik
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan rehabilitasi medik/ kepala ruangan fisioterapi

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif dalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan rehabilitasi medik baik sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	3bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi rehabiltasi medik
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan rehabilitasi medik

3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik berupa pelayanan keterampilan fisik (fisioterapi)
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana Asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam1bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam1bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala ruangan rehabilitasi medik/ kepala ruangan fisioterapi

4. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

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

5. Kepuasan Pelanggan

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

X.FARMASI

1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	Pemberi Pelayanan farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah apoteker dan asisten apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Belitung Timur

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan Jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	1
Sumber data	Inventrasi instalasi farmasi
Standar	Sesuai
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

3. Ketersediaan formularium

Judul	Ketersediaan formularium
Dimensi Mutu	Efesiensi
Tujuan	Tergambarnya efesiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	1bulan sekali
Periode analisis	3bulan sekali
Numerator	Dokumen formularium
Denominator	1
Sumber data	Survey
Standar	Tersedia dan Updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

4 . Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

5 . Waktu tunggu pelayanan obat racikan

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

6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

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

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

XI.PELAYANAN GIZI

1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	Pemberi Pelayanan Gizi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratakan dalam persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang berkerja di instalasi gizi
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤30%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

2. Ketersediaan Pelayanan konsultasi gizi

Judul	Ketersediaan Pelayanan konsultasi gizi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratakan dalam persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang berkerja di instalasi gizi
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤30%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

3. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

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

4. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

5. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan unit gizi RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

6. Kepuasan Pelanggan

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

XII.TRANSFUSI DARAH

1. Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah

Judul	Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan bank darah
Definisi operasional	Pemberi pelayanan bank darah adalah tenaga bank darah yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratakan dalam persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang berkerja di bank darah
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan Bank Darah
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan Bank darah adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan Bank Darah sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan kali
Periode analisis	3 bulan kali
Numerator	Jenis dan Jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bank darah
Denominator	1
Sumber data	Inventrasi instalasi farmasi
Standar	Sesuai dengan pedoman Bank Darah RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium/penanggung jawab Bank Darah

3. Kejadian reaksi transfusi

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

4. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

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

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Bank Darah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Bank Darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung jawab BDRS

XIII.PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

1. Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga miskin

Judul	Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) atau kartu Jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk pasien keluarga miskin
Denominator	1
Sumber data	Jamkesmas / Jamkesda
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur RumahSakit

2. Kebijakan RS untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Judul	Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) atau kartu Jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Direktur RSUD Belitung Timur tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Miskin
Denominator	1
Sumber data	Arsip SK
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur RumahSakit

3. Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan

Judul	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Sumber data	Survei waktu Tunggu verifikasi kepesertaan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan / Komite mutu/ tim mutu

4. Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin

Judul	Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin
Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Jaminan tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Definisi operasional	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang tidak dikenakan biaya tambahan dikurangi jumlah pasien keluarga miskin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin
Sumber data	Survei waktu Tunggu verifikasi kepesertaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan / Komite mutu/ tim mutu

5. Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani

Judul	Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya Kepedulian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (Gakin) adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas atau Jamkesda yang bekerjasama dengan RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani RSUD Belitung Timur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke RSUD Belitung Timur dalam satu bulan
Sumber data	Register Pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur RSUD Belitung Timur

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya Persepsi pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Panitia Mutu

XIV.REKAM MEDIK

1. Pemberi Pelayanan Rekam Medik

Judul	Pemberi Pelayanan Rekam Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kesiambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam medik

Definisi operasional	Pemberi pelayanan Rekam medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RSUD Belitung Timur untuk pelayanan Rekam Medik
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi Rekam medik RSUD Belitung Timur
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rekam Medik RSUD Belitung Timur
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi RekamMedik

2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas,kenyamanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medic rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medic mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	≤ 10menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi Rekam Medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas,kenyamanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medic rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam Medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei

Standar	≤15menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi RekamMedik

4. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan

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

5. Kelengkapan Informed Concent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Concent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Concent adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala InstalasiRekamMedik

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rekam Medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rekam Medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n Minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Panitia Mutu

XV.PENGOLAHAN LIMBAH

1. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Terkelolanya limbah Rumah sakit sesuai peraturan perundangan
Definisi operasional	Penangggung jawab pengelolaan limbah Rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan penanggung jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/ Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit dan Permenkes No. 1204 tahun 2004
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi / unit Pengelolaan limbah Rumah Sakit

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Rumah Sakit untuk pengolahan Limbah Rumah sakit

Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pengolahan Limbah rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengolahan limbah Rumah Sakit sesuai dengan persyaratan kelas Rumah Sakit dan persyaratan Permenkes No. 1204 tahun 2014
Frekuensi pengumpulan data	Tigabulan sekali
Periode analisis	Tigabulan sekali
Numerator	Jenis dan Jumlah fasilitas dan peralatan pengolahan limbah Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi/ Unit Pengolahan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit dan Permenkes No. 1204 tahun 2004
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi / unit Pengolahan limbah Rumah Sakit

3. Pengolahan Limbah Cair

Judul	Pengolahan Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi operasional	Limbah Cair adalah Limbah Cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan Rumah sakit baik pelayanan klinik maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di Rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiap Minggu Sekali
Periode analisis	Tiga bulan Sekali
Numerator	Proses pengolahan limbah cair ssuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas Rumah Sakit dan persyatan No. 1204 tahun 2004
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi /Unit Pengolahan Limbah Rumah sakit

4. Pengolahan Limbah Padat

Judul	Pengolahan Limbah Padat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi operasional	Limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan Rumah Sakit baik pelayanan Klinik maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu sekali
Periode analisis	Tiga Minggu sekali
Numerator	Proses pengolahan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas Rumah Sakit dan Persyaratan Permenkes No 1204 tahun 2004
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi /Unit Pengolahan Limbah Rumah Sakit

5. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Belitung Timur terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: BOD(BiologicalOxygenDemand) :30mg/liter COD (ChemicalOxygenDemand) :80mg/liter TSS(TotalSuspendedSolid) 30mg/liter PH:6-9, Ammonia < 0.1 mg/I, phasphat < 2 mg/I
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan Baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRS)

XVI.ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	KelengkapanPengisian Jabatan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen Rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan structural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan Kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	Peraturan Internal Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen Rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis
Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis di Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan Manajemen SDM Rumah sakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah Seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan Rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	Daftar Urutan Kepangkatan
Dimensi Mutu	Efektivitas,
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di Rumah Sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karier karyawan berdasarkan system karier dan prestasi kerja.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1

Sumber data	Sekretariat
Standar	Dad an di- Update tiap 6 bulan
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

5. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Strategis Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis Rumah sakit dalam mengemban Visi dan Misi
Definisi operasional	Perencanaan Strategis adalah perencanaan jangka panjang Rumah Sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Perencanaan strategi
Denominator	1
Sumber data	Sekretarisat
Standar	Ada Dokumen Rencana Strategis
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumahsakit

6. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya SDM yang kompeten dan pengembangan Karier Karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompeten dan Karier SDM
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sekretarisat
Standar	Ada Dokumen Rencana Pengembangan SDM
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumah sakit

7. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil PertemuanTingkat Direksi

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulenrapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumahsakit

8. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas,efisiensi,kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Subbagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Kepegawaian

9. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas,kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Belitung Timur terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UUNo.8/1974,UUNo.43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan Gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Sumber data	Subbagiankepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Kepegawaian

10. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknik
Tujuan	Meningkatnya kompetensi teknik dan tercapainya pengembangan karier SDM
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karier SDM
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Pendidikan dan pelatihan

11. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

12. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan

Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

13. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi,efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Hasil Pengamatan
Sumber data	Subbagian kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

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

15. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 JamPertahun

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam 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 ataupun diluar RSUD Belitung Timur yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumahsakit
Sumber data	Subbagian kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan

16. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif
Dimensi Mutu	Efektivitas,kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/ peraturan RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	3
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

XVII. AMBULANS / KERETA JENAZAH

1. Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah 24 Jam di RSUD Belitung Timur.
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	Setiapbulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1

Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IGD / Intalasi Pemulasan Jenazah

2. **Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah**

Judul	Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	Kompetensi teknik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans / mobil jenazah yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Tenaga yang memberikan pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir ambulans / mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bidang Umum

3. **Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah**

Judul	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkutan untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IGD

4. **Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di RSUD Belitung Timur**

Judul	Ketersediaan Pemberiaan Pelayanan Ambulans/ Mobil Jenazah Di RSUD Belitung Timur
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulas/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulas/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien / keluarga pasien di RSUD Belitung Timur sampai tersedianya ambulas / mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans / mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans / mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulans / mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulas

5. WaktuTanggap Memberikan Pelayanan Ambulans / Mobil Jenazah Di RSUD Belitung Timur

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan
Dimensi Mutu	Kenyamanan, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSUD belitung Timur dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan Ambulans / Mobil Jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap Pelayanan Ambulans / mobil jenazah kepada masyrakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans / mobil jenazah berangkat dari Rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans / mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlahseluruh permintaan ambulans/ kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan Penggunaan Ambulans/ Mobil Jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulans

6. Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/ Mobil jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian

Judul	Tidak Terjadinya Kecepatan Ambulans/ Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan atau Kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnyapelayanan ambulans / Kereta jenazah yang aman
Definisi operasional	Kecelakaan Ambulans/ Mobil Jenazah Adalah Kecelakan akibat penggunaan ambulans / mobil jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan dan/ atau kematian bagi penunjang dan/ atau masyarakat
Frekuensi pengumpulan data	Tiapbulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dilakukan jumlah kejadian kecelakaan pelayanan ambulans yang berakibat kematian / kecacatan dalam satu bulan
Denominator	JumlahseluruhPelayanan Ambulans dalam satu bulan
Sumber data	Bidang Umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

pengumpulan data	
------------------	--

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terrgambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans / mobil jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/ mobil jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Panitia Mutu

XVIII.PERAWATAN JENAZAH

1. Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan perawatan jenazah 24 jam di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Perawatan jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan keluarga
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan perawatan jenazah 24 jam
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	Tersedia 24jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi Perawatan Jenazah

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah
Dimensi Mutu	Akses, efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RSUD Belitung Timur untuk memberikan pelayanan Kamar Jenazah
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan Kamar Jenazah adalah ruang, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah sesuai dengan kelas Rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali

Periode analisis	Tigabulan sekali
Numerator	Jenis dan Jumlah fasilitas, perlengkapan, dan peralatan pelayanan kamar jenazah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Kamar Jenazah
Standar	Sesuai dengan kelas Rumah sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi Perawatan Jenazah

3. Ketersediaan Tenaga DiInstalasi Perawatan Jenazah

Judul	Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah
Dimensi Mutu	Akses, efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah
Definisi operasional	Tenaga Pelayanan perawatan jenazah adalah tenaga yang ditujukan melalui SK direktur untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tigabulan sekali
Numerator	Jenis dan Jumlah tenaga pemberi pelayanan perawatan jenazah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris PerawatanJenazah
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan dan ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi Perawatan Jenazah

4. Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Belitung Timur terhadap kebutuhan pasien akan pemulasan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total jenazah yang dirawat tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi Pemulasaraan Jenazah

5. Perawatan Jenazah Sesuai *Universal Precaution*

Judul	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan RSUD Belitung Timur dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah yang aman
Definisi operasional	<i>Universal Precaution</i> adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV/AIDS dengan menggunakan standar alat Pelindung Diri (APD)
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan <i>universal precaution</i>
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengupulan data	Kepala Intalasi Perawatan Jenazah

6. Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah

Judul	Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian Instalasi perawatan jenazah terhadap Identitas Pasien
Definisi operasional	Kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah jenazah yang salah identifikasi
Denominator	Jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan
Sumber data	Registrasi Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi Perawatan Jenazah

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyaman
Tujuan	Tergambarkannya Persepsi pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelanggan perawatan jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %

Penanggung jawab pengumpulan data	Panitia Mutu
-----------------------------------	--------------

XIX.PELAYANAN LAUNDRY

1. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Judul	Ketersediaan Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Akses, Kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di RSUD Belitung Timur baik dilakukan oleh RSUD Belitung Timur atau dipihak ketiga
Frekuensi pengumpulan data	Setia pbulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di RSUD Belitung Timur
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry

2. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry

Judul	Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry
Dimensi Mutu	Keselamatan, efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab pentediaan linen di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Penanggung Jawab Pelayanan Laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur RSUD Belitung Timur sebagai penanggung jawab pengelolah dan penyediaam linen di RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penaggung Jawab Pelayanan Laundry
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalsi Laundry

3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Keselamatandanefektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan laundry
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali

Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan Jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laundry
Standar	Sesuai dengan kelas Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala KepalaLaundry

4. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang rawat Inap Dan Ruang Pelayanan

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang pelayanan
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala InstalasiLaundry

5. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	Ketepatan pengelolaan linen infeksius
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di RSUD Belitung Timur akibat linen infeksius
Definisi operasional	Linen Infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala InstalasiLaundry

6. Ketersediaan Linen

Judul	Ketersediaan Linen
Dimensi Mutu	Efisiensi,Efektivitas , kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Instalasi Laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Ketersediaan Linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari sprei , sarung bantal, selimut, sticklaken dan perlak dalam jumlah cukup

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di RSUD Belitung Timur
Sumber data	Inventaris Instalasi laundry
Standar	2,5 – 3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry

7. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi
Dimensi Mutu	Efisiensi,Efektivitas , kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Instalasi Laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi
Denominator	Jumlah Permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi
Sumber data	Instalasi laundry
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry

XX.PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana RSUD Belitung Timur

Judul	Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana RSUD Belitung Timur
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi , dan Efektivitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan Prasarana RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Penanggung Jawab Pemeliharaan sarana Adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh direktur RSUD Belitung Timur sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung Jawab Pemeliharaan Saran RSUD Belitung Timur
Denominator	1
Sumber data	Instalasi / Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi /Unit Pemeliharaan Sarana RSUD Belitung Timur

2. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	Ketersediaan Bengkel Kerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Bengkel Kerja adalah Tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana , mesin, dan peralatan yang ada di RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya bengkel Kerja
Denominator	1
Sumber data	Instalasi / Unit Pemeliharaan Sarana RSUD Belitung Timur
Standar	Tersedia sesuai dengan kelas RSUD Belitung Timur
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi/ Unit Pemeliharaan Sarana RSUD Belitung Timur

3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	Waktu Tanggap Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya Kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dan waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPSRS

4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap – tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeriksaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeriksaan alat
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPSRS
-----------------------------------	--------------

5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang Sah
Frekuensi pengumpulan data	1 Tahun
Periode analisis	1 Tahun
Numerator	Waktu Pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber data	Buku registrasi alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPSRS

6. Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	Alat Ukur dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang Sah
Frekuensi pengumpulan data	1 Tahun
Periode analisis	1 Tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat ukur dan alat tab yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPSRS

XXI.PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI Adalah tim Pencegahan infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap Tiga bulan

Periode analisis	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggotaTim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua tim PPI

2. Ketersediaan APD(Alat Pelidung Diri) Di Setiap Instalsi/ Departemen

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat Pelindung Diri) adalah Alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD Belitung Timur seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap Minggu
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survey
Standar	≥75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua tim PPI

3. Rencana Program PPI

Judul	Rencana Program PPI
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di RSUD Belitung Timur selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	1
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua tim PPI

4. Pelaksanaan Program PPI sesuai Rencana

Judul	Pelaksanaan Program PPI sesuai Rencana
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Pelaksanaan program PPI adalah pelaksanaan tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang dilakukan di RSUD Belitung Timur selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan

Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilakukan selama enam bulan sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncana selama kurun waktu enam bulan
Sumber data	Tim PPI
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua tim PPI

5. **Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas**

Judul	Penggunakan APD Saat Melaksanakan Tugas
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
Definisi operasional	Alat Pelindung Diri adalah alat standr yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit du RSUD Belitung Timur, Seperti masker, Sarung tangan karet, Penutup Kepala, sepatu boots, dab gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh Karyawan yang di amati
Sumber data	Survei observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua tim PPI

6. **Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit**

Judul	Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Kegiatan Pengamatan Faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di RSUD Belitung Timur, Minimal Satu parameter dari ILO < ILI < VAP < ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua tim PPI

XII. PELAYANAN KEAMANAN

1. Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan

Judul	Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan
Dimensi Mutu	Keamanan, kompetensi teknis dan kenyamanan
Tujuan	Terlaksanakan suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
Definisi operasional	Petugas Keamanan bersertifikat pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari kepolisian sesuai dengan standr pengamanan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	3bulan sekali
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlahpetugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	Personalia
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Umum

2. Sistem Pengamanan

Judul	Sistem Pengamanan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya system pengamanan di RSUD Belitung Timur khususnya pengamanan bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Definisi operasional	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur RSUD Belitung Timur yang mengantur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi,anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Frekuensi Pengumpulan data	3bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur RSUD Belitung Timur yang mengantur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Denominator	1
Sumber data	Bagian Umum
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Umum

3. Petugas Keamanan Melakukan Pengawasan Keliling RS

Judul	Petugas Keamanan Melakukan Pengawasan Keliling RS
Dimensi Mutu	Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Petugas keamanan melakukan pengawasan kelilingh RSUD Belitung Timur adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RSUD Belitung Timur setiap jam dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan RSUD Belitung Timur
Frekuensi pengumpulan data	1bulan sekali
Periode analisis	2 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kritria definisi operasional (minimal 40)

Denominator	Jumlah hari yang disampling
Sumber data	Laporan Petugas Keamanan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Umum

4. Evaluasi Terhadap System Pengamanan

Judul	Evaluasi Terhadap System Pengamanan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya system pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi operasional	Evaluasi terhadap system pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap system pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi pengumpulan data	1bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	3 bulan
Sumber data	Pencatatan di bagian Umum
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Umum

5. Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung, Karyawan Yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung, Karyawan Yang Hilang
Dimensi Mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptakan rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan karyawan RSUD Belitung Timur
Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan RSUD Belitung Timur yang hilang adalah semua barang miliki pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi pengumpulan data	1bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurangi dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/ pengunjung/karyawan
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Umum

6. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keamanan

Judul	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keamanan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien / keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n Minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Bagian Umum

BUPATI BELITUNG TIMUR,

ttd

BASURI TJAHAJA PURNAMA

Salinan sesuai dengan aslinya
Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM,

AMRULLAH, SH
Penata(III/c)
NIP. 19710602 200604 1 005

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR
NOMOR 49 TAHUN 2014
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR

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

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1	Kemampuan menangani life saving	100%	50%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yg bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	45%	70%	100%	100%	100%	100%	Kasubag Umum dan Kepegawaian	
			3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	0	1 tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
		proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	< 5 Menit terlayani, setelah pasien datang	10 Menit	6 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	4 menit	Kepala Instalasi Gawat Darurat / ketua Tim Mutu / Panitia Mutu
			6	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Beltim

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
		out put	7	Kematian pasien ≤ 8 jam	≤ 2 per seribu (pindah pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	6/1000	4/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Beltim
		out come	8	Kepuasan pelanggan	≥ 70%	55%	65%	70%	70%	75%	75%	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ketua Tim Mutu/Panitia Mutu
2	RAWAT JALAN	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			2	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		proses	3	Jam buka pelayanan	100%(08.00s/d 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00 diseluruh rawat jalan)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			4	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤60 menit	47 menit	40 menit	35 menit	30 menit	25 menit	25 menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu
			5	Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan
			7	Ketersedian Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		ouput	8	Peresepan obat Sesuai Formularium	100%	72%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			9	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	82,00%	90%	90%	90%	95%	95%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu
3	RAWAT INAP	input	1	Ketersediaan Pelayanan	Sesuai jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
	2		Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
	3		Tempat tidur dengan pengaman	100%	55%	65%	75%	85%	95%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
	4		Kamar mandi dengan pengamanan pegangan tangan	100%	0%	45%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
		proses	5	Dokter Penanggung Jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	87,90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap/Komite Medik/ Panitia Mutu
			7	Kejadian Infeksi Pasca operasi	≤1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	Ketua Komite Medik/komite mutu/tim mutu
			8	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	-	11,5%	10%	9%	9%	9%	Ketua Komite Medik/komite mutu/tim mutu
			9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
			10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
			11	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
		out put	12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤5%	15,39	11%	9%	7%	5%	5%	Ketua komite mutu/tim mutu
			13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤0,24%	15,09%	11%	8%	5%	1%	0,2%	Ketua komite mutu/tim mutu
		outcome	14	Kepuasan pasien	≥90%	77,58%	80%	90%	90%	90%	92%	Ketua komite mutu/tim mutu
		4	Pelayanan Bedah Sentral	input	1	Ketersediaan tim operator	sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi				sesuai dengan kelas RS	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Bedah

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
		proses	3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	sesuai dengan kelas RS	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah
			4	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	Kepala Instalasi Bedah
			5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			9	Komplikasi anestesi karena overdosis/reaksi anesthesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	4%	4%	3%	3%	2%	2%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		output	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		outcome	11	Kepuasan pelanggan	≥80 %	0%	65%	75%	80%	80%	85%	Ketua komite mutu/tim mutu
5	Persalinan dan perinatologi	input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	DrSPOG/Dokter umum/Bidan	50%	65%	80%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Ponek Terlatih	0	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			3	Pemberi pelayanan dengan tindakan operasi	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500gr)	100%	71%	80%	90%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu
			5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu
		proses	6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan	≤20%	15%	15%	14%	13%	12%	11%	Komite Mutu
			7	Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu
			8	Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu
		output	9	Kematian ibu karena persalinan	perdarahan ≤ 1%, Pre Eklampsia ≤30% dan Sepsis ≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	komite medik
		out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	-	60%	65%	75%	≥ 80%	≥ 80%	Ketua komite mutu/tim mutu

[illegible]

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN				2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi	
		out put	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan pemeriksaan radiologi	dokter sp.radiologi	0%	95%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi	
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75%	79%	80%	80%	80%	85%	Ketua Tim Mutu/Humas	
8	Pelayanan patologi klinik	input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	sesuai kelas rumah sakit	60%	60%	65%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
			2	Fasiltas dan peralatan	sesuai kelas rumah sakit	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
		proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 Menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	Kepala Instalasi Laboratorium
			4	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			5	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite medik/komite mutu
			6	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu
		output	7	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	dokter Spesialis Patologi klinik	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			8	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			9	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		outcome	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75%	78%	79%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Laboratorium
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	input	1	Pemberi Pelayanan rehabilitasi Medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	50%	50%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
			2	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	40%	50%	60%	75%	85%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
		proses	3	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
		out put	4	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤50%	30%	30%	30%	30%	25%	25%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
		out come	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	70%	70%	70%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
10	pelayanan Farmasi	input	1	Pemberi pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit	70%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit	75%	90%	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN				2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
			3	Ketersediaan formularium	Ketersediaan dan updated paling lama 3 tahun	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi	
		proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 Menit	30 menit	30 menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 menit	Kepala Instalasi farmasi
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	Kepala Instalasi farmasi
		out put	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi	
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	77,52%	80%	80%	80%	85%	85%	Kepala Instalasi farmasi	
11	Pelayanan Gizi	input	1	Pemberi pelayanan gizi	sesuai pola ketenagaan tersedia	60%	75%	85%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi	
			2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	sesuai dengan kelas RSUD Kab. Beltim	30%	30%	60%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Ins. Ranap	
			3	ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥90%	90%	95%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Gizi	
			4	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Ins. Ranap	
		output	5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20%	19%	19%	19%	19%	19%	19%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Ins. Ranap	
		out come	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	65%	75%	80%	80%	85%	dilakukan survey	

[illegible]

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
		outcome	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	60%	65%	70%	75%	80%	panitia mutu
14	Pelayanan Rekam Medik	input	1	Pemberi pelayanan rekam medik	sesuai persyaratan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
		proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit	10 menit	9 menit	9 menit	8 menit	8 menit	8 menit	kepala Instalasi rekam medik
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	15 menit	14 menit	14 menit	12 menit	10 menit	10 menit	kepala Instalasi rekam medik
		out put	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	50%	65%	75%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
			5	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
		out come	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	60%	65%	70%	75%	80%	panitia mutu
15	Pengelolaan Limbah	input	1	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	adanya SK direktur sesuai kelas rumah sakit(Permenkes NO 1204 thn 2004)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	SK penanggung jawab pengelola limbah

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
			5	Perencanaan strategis bisnis Rumah Sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah sakit	
			6	Perencanaan Pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah sakit	
		Proses	7	Tindak Lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	20%	40%	80%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit	
			8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha	
			9	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			10	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM	≥ 90 %	60%	65%	70%	80%	85%	90%	Bagian Pendidikan dan pelatihan	
			11	Ketepatan Waktu penyusunan Laporan Keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Keuangan	
			12	Kecepatan Waktu pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 2 Jam	3 jam	2,5 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	Bagian Keuangan	
			13	Cost Recovery	≥ 60 %	16%	20%	35%	45%	60%	60%	Bagian Keuangan	
			14	Kelengkapan pelaporan Akuntabilitas kinerja	100%	70%	70%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
			15	Karyawan mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	Kepala Bagian Tata Usaha	
			16	Ketepatan Waktu pemberian Insentif Sesuai Kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	bagian keuangan
17	Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan ambulans dan mobil Jenazah	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaran Jenazah	
			2	Penyediaan pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah	Sopir Ambulans terlatih	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Umum	
			3	Ketersediaan Mobil Ambulans dan Mobil Jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaran Jenazah	
		Proses	4	Kecepatan Memberikan Layanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit	45 menit	35 menit	35 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	Penanggung jawab ambulans
			5	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit	40 menit	40 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	penanggung jawab ambulans

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
		Out Put	6	Tidak terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala bidang Umum	
		Out Come	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	-	60%	70%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	panitia mutu	
18	Perawatan Jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah	24 Jam	24 Jam	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Kamar Jenazah	sesuai kelas Rumah Sakit	50%	50%	60%	70%	80%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			3	Ketersediaan tenaga di Instalasi Perawatan jenazah	Ada SK Direktur	ada	Ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			Proses	4	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	≤15 menit setelah dikamar Jenazah	30 menit	25 menit	20 menit	15 menit	15 menit	15 menit	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			5	Perawatan Jenazah Sesuai Standar <i>Universal Precaution</i>	100%	50%	50%	70%	80%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			6	Tidak terjadinya Kesalahan Indentifikasi Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	-	60%	70%	75%	≥ 80 %	≥ 80 %	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
19	Pelayanan Laundry	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	kepala instalasi Laundry	
			2	Adanya penanggung Jawab Pelayanan Laundry	Ada SK Direktur	ada	Ada	ada	ada	ada	ada	kepala instalasi Laundry	
			3	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry	Tersedia	50%	50%	70%	80%	90%	100%	kepala instalasi Laundry	
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi laundry
			5	Ketepatan Pengelolahan linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi laundry
		Out Put	6	Ketersediaan Linen	2,5 - 3 Set x Jumlah tempat tidur	30%	30%	60%	90%	100%	100%	Kepala instalasi laundry	
			7	Ketersediaan Linen Steril untuk kamar Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi laundry
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1	Adanya Penanggung Jawab pemeliharaan sarana Rumah Sakit	SK Direktur	ada	Ada	ada	ada	ada	ada	kepala instalasi/Unit Pemeliharaan sarana	
			2	Ketersediaan bengkel Kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	kepala instalasi/Unit Pemeliharaan sarana
		Proses	3	Waktu tanggap Kerusakan alat	≥ 80 %	17%	30%	50%	60%	80%	80%	80%	Kepala IPSRS
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	20%	20%	60%	70%	80%	100%	100%	Kepala IPSRS

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			5	Ketepatan waktu Kalibrasi Alat	100%	50%	50%	60%	70%	85%	100%	kepala IPSRS
		Out Put	6	Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	50%	50%	60%	70%	85%	100%	Kepala IPSRS
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1	Tersedianya Anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih ≥ 75 %	30%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
			2	Ketersediaan APD di setiap Instalasi / Departemen	≥ 60 %	20%	35%	45%	50%	55%	60%	Ketua Tim PPI

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13
			3 Rencana Program PPI	Ada	-	-	ada	ada	ada	ada	Ketua Tim PPI
		Proses	4 Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%	0	30%	50%	65%	75%	100%	Ketua Tim PPI
			5 Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	20%	20%	40%	60%	80%	100%	Ketua Tim PPI
		Out Put	6 Pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial + di Rumah Sakit	≥ 75 %	65%	70%	75%	75%	75%	75%	Ketua Tim PPI
22	Pelayanan Keamanan	Input	1 Petugas Keamanan bersertifikat	100%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	kepala bagian umum
			2 Sistem pengamanan	Ada	tidak ada	30%	40%	50%	70%	80%	bagian umum
		Proses	3 Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling Rumah sakit	Setiap jam	per 12 jam	Per 12 Jam	Per 6 Jam	Setiap Jam	Setiap Jam	Setiap Jam	bagian umum

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN				2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			4	Evaluasi Terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Per 6 bulan	Per 3 bulan	Per 3 bulan	Per 3 bulan	Per 3 bulan	Per 3 bulan	bagian umum
		Out Put	5	Tidak adanya barang milik pasien, karyawan yang hilang	100%	80%	80%	100%	100%	100%	100%	bagian umum
		Out Come	6	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	0	50%	65%	75%	≥ 90 %	≥ 90 %	bagian umum

Salinan sesuai dengan aslinya
Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM,

AMRULLAH, SH
Penata(III/c)
NIP. 19710602 200604 1 005

BUPATI BELITUNG TIMUR,

ttd

BASURI THAJAJA PURNAMA