



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN

RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)

Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/PMKP/ 003 /RSUD-PS/III/2018**

TENTANG

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU KUNCI DAN INDIKATOR MUTU UNIT
RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN

- MENIMBANG :**
- a. bahwa RSUD Dr. M. Zein Painan selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan sesuai standar kesehatan dan harapan masyarakat.
 - b. bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Dr. M. Zein Painan merupakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui pendekatan komprehensif terhadap pemenuhan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf a dan b diatas, dipandang perlu ditetapkannya Indikator Mutu Kunci dan Indikator Mutu Unit RSUD Dr. M. Zein Painan dengan Keputusan Direktur.
- MENGINGAT :**
1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 3. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
 4. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit.
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251/Menkes/Per/VII/2012 tentang Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
 9. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementrian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2011.
 10. Pedoman Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI 1994.
 11. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Kementrian Kesehatan RI Edisi III 2015.

12. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2015.
13. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 12 Tahun 2010 tentang Pembentukan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.
14. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah.
15. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan.

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN

- PERTAMA** : Indikator Mutu Kunci dan Indikator Mutu Unit sebagai dasar berpijak kegiatan Peningkatan Mutu di RSUD Dr. M. Zein Painan.
- KEDUA** : Indikator Mutu Kunci dan Indikator Mutu Unit RSUD Dr. M. Zein Painan yang ditetapkan, uraiannya terlampir dalam keputusan ini.
- KETIGA** : Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas merencanakan, menyusun, melakukan monitoring, dan evaluasi terhadap semua kegiatan yang terkait dengan Indikator Mutu Kunci dan Indikator Mutu Unit RSUD Dr. M. Zein Painan dan berkoordinasi dengan seluruh *stake holder* indikator yang terkait dengan mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit yang bertujuan agar tercapainya mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit sesuai standar.
- KEEMPAT** : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.



LAMPIRAN I : SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/PMKP/ 003 /RSUD-PS/III/2018
TANGGAL : 20 Maret 2018
TENTANG : INDIKATOR MUTU KUNCI DAN INDIKATOR MUTU UNIT
RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN

**INDIKATOR MUTU KUNCI
RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**

A. Indikator Area Klinis

1. Asesmen pasien.
Kelengkapan asesmen keperawatan di IGD.
2. Pelayanan laboratorium.
Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik rawat jalan
3. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*.
Jumlah film rusak.
4. Prosedur-prosedur bedah.
Infeksi luka operasi.
5. Penggunaan antibiotik dan obat lainnya.
Penulisan resep obat sesuai formularium oleh Dokter.
6. Kesalahan medikasi (*medication error*) dan kejadian nyaris cedera
Kesalahan penulisan resep
7. Penggunaan anestesi dan sedasi.
Pengkajian pre anestesi dilaksanakan untuk pasien pra - operasi elektif dengan anestesi umum.
8. Penggunaan darah dan produk darah.
Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi.
9. Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien.
Ketepatan pengembalian rekam medis lengkap kurang dari 2x24 jam setelah pasien pulang rawat inap.
10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan.
Angka kejadian Omfalitis pada bayi baru lahir

B. Indikator Mutu Manajemen

1. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien.
Jumlah kekosongan stok obat essensial.
2. Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang - undangan.
Ketepatan pengiriman laporan RL 5 ke Dinkes dan Kementerian Kesehatan RI.
3. Manajemen risiko.
Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri.
4. Manajemen penggunaan sumber daya.
Pemanfaatan alat Echocardiography pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
5. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga.
Kepuasan pasien terhadap RSUD Dr. M. Zein Painan.
6. Harapan dan kepuasan staf.
Kepuasan pegawai.
7. Demografi pasien dan diagnosis klinis.
Demografi pasien *Dengue Hemoragic fever* (DHF).
8. Manajemen keuangan.
Cost Recovery.
9. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga dan staf.
Insiden tertusuk jarum

C. Indikator Mutu Sasaran Internasional Keselamatan Pasien

1. Ketepatan identifikasi pasien.
Ketepatan pemasangan gelang identitas pasien
2. Peningkatan komunikasi yang efektif.
Ketepatan melakukan TBAK saat menerima instruksi verbal/via telepon.
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
Kepatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi digudang obat farmasi
4. Ketepatan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat operasi pasien.
Kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi.
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen di NICU, HCU dan ICU
6. Pengurangan risiko jatuh.
Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit.

D. Indikator di 5 area prioritas

1. Area Anak.
BBLR
2. Area Neurologi.
Stroke Ischemik
3. Area Penyakit Dalam.
Pneumonia
4. Area Bedah.
Soft Tissue Tumor
5. Area Obstetri dan dan Ginekologi.
Sectio Caesarea.

E. Indikator International Library of Measures

1. Stroke.
Pasien *stroke ischemic* dan *haemorrhagic* yang telah diperiksa untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi.
2. Nursing Sensitive Care.
Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit.
3. Perinatal Care.
Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir.
4. Nursing Sensitive Care.
Angka kejadian dekubitus akibat perawatan di rumah sakit.
5. Children's Asma Care.
Pemberian corticosteroids untuk pasien asma anak yang dirawat di rumah sakit

**INDIKATOR MUTU UNIT
RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**

A. BIDANG/BAGIAN

1. Bidang Pelayanan Medis.

1. Capaian SPM.
2. Pembuatan DUPAK dokter tepat waktu.
3. Ketepatan penyampaian penilaian kinerja dokter.
4. Ketepatan waktu pelayanan visum et repertum dan asuransi.
5. Kepatuhan dokter dalam mengisi catatan perkembangan pasien terintegrasi.

2. Bidang Pelayanan Keperawatan

1. Capaian SPM.
2. Pembuatan DUPAK perawatan tepat waktu.
3. Ketepatan penyampaian penilaian kinerja perawat dan bidan.
4. Meningkatnya tingkat kepuasan pelanggan.

3. Bidang Penunjang

1. Terdapat data kebutuhan alat medis dan non medis bidang penunjang yang terencana.
2. Terdapat data kebutuhan alat medis dan non medis bidang penunjang yang tidak terencana.
3. Waktu penyelesaian telah KSO (Kerja Sama Operasional)
4. Terdapat data ketenagaan fungsional umum dan tertentu di bidang penunjang.
5. Terlaksananya administrasi DUPAK.
6. Tersedianya laporan SPM (Standar Pelayanan Minimal) setiap instalasi setiap tanggal 10 ke bidang penunjang.
7. Tersedianya laporan supervisi ke ruangan tiap tanggal 25.
8. Terlaksananya tertib surat administrasi dan pelaksanaan tindak lanjut surat.
9. Terlaksananya pelatihan *in dan out house training* untuk peningkatan sumber daya manusia di jajaran bidang penunjang.
10. Terlaksananya kalibrasi alat medis.

4. Bidang SDM.

1. **Tingkat kepuasan pegawai (indikator kunci).**
2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat pegawai.
3. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala pegawai.
4. Ketepatan waktu pengurusan pensiun pegawai.
5. Jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan per orang per tahun minimal 20 jam per tahun.

5. Bidang Perencanaan.

1. **Ketepatan pengiriman laporan bulanan RL 5 ke Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan RI (indikator kunci).**
2. Adanya perencanaan kinerja rumah sakit yang terdiri dari:
 - Kesesuaian perencanaan kerja tahunan RS (Renja) dengan Renstra.
 - Kesesuaian indikator kinerja pada Rencana Kinerja Tahunan dengan Indikator Kinerja pada Renstra.
 - Kesesuaian PK dengan RKT.
3. Tercapainya target PK $\geq 80\%$.
4. Ketepatan waktu penyusunan Laporan Pengendalian Program dan kegiatan triwulan.
5. Ketepatan waktu penyusunan LAKIP.
6. Ketepatan waktu penyampaian laporan kinerja bidang perencanaan.
7. Ketepatan waktu penyampaian laporan laporan RS ke instansi terkait.
8. Presentasi kelengkapan dokumen SAKIP.

6. Bagian Penyusunan Anggaran dan Perbendaharaan.

1. **Cost Recovery (indikator kunci).**
2. Ketepatan waktu dalam memberikan informasi biaya pasien pulang ≤ 2 jam.
3. Ketepatan waktu pemberian imbalan insentif sesuai kesepakatan waktu.
4. Ketepatan waktu membayarkan gaji dan tambahan penghasilan.
5. Ketepatan waktu menyusun RKA/RBA.

7. Bagian Akuntansi.

1. Ketepatan penyampaian laporan keuangan semester I.
2. Ketepatan penyampaian laporan keuangan tahun yang bersangkutan.
3. Ketepatan hasil verifikasi jasa pelayanan.
4. Ketepatan hasil verifikasi gaji.
5. Ketepatan hasil verifikasi SPJ BLUD.
6. Ketepatan hasil verifikasi SPJ APBD.
7. Ketepatan hasil verifikasi kinerja PNS.

8. Bagian Umum.

1. Ketersediaan sarana prasarana kearsipan.
2. Terkelolanya arsip sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Penemuan kembali arsip dalam jangka waktu singkat.
4. Ketepatan waktu pemrosesan surat menyurat.
5. Ketepatan waktu penerbitan SK.
6. Ketepatan waktu pemrosesan MoU.
7. Ketepatan waktu penerimaan barang non medis.
8. Ketepatan waktu pengeluaran barang non medis.
9. Ketepatan waktu afkir barang medis dan non medis.
10. Ketepatan waktu penghapusan barang medis dan non medis.

B. INSTALASI (PELAYANAN)

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD).

1. **Kelengkapan asesmen perawat di IGD (indikator kunci).**
2. Kemampuan menangani *life saving*.
3. Pemberi pelayanan gawat darurat bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS.
4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana.
5. Jam buka pelayanan gawat darurat.
6. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat.
7. Tidak adanya keharusan membayar uang muka.
8. Kematian pasien < 8 jam di gawat darurat.
9. Kepuasan pelanggan pada pelayanan gawat darurat.

2. Instalasi Rawat Inap Bedah.

1. **Ketepatan pemasangan Gelang Identitas Pasien (indikator kunci).**
2. **Ketepatan Melakukan TBAK pada saat menerima Intruksi verbal melalui telepon (indikator kunci)**
3. **Insiden pasien jatuh ada atau tidak ada cedera (indikator kunci)**
4. **Kejadian tertusuk jarum (indikator kunci).**
5. **Kejadian pasien pulang paksa atas permintaan sendiri (indikator kunci)**
6. **Kejadian infeksi pasca operasi (indikator kunci)**
7. Kelengkapan asesmen awal keperawatan dalam 24 jam
8. Ketersediaan pelayanan di instalasi rawat inap bedah.
9. Pemberi pelayanan di instalasi rawat inap bedah.
10. Tempat tidur dengan pengaman.
11. Kamar mandi dengan pengaman.
12. Dokter Penanggung Jawab Pasien.
13. Jam visite dokter spesialis.
14. Angka kejadian infeksi nosokomial.
15. Kematian pasien > 48 jam.
16. Asesmen awal medis pasien baru dalam 24 jam.
17. Kejadian reaksi transfusi.
18. Waktu tunggu operasi elektif.

3. Instalasi Rawat Inap Non Bedah.

1. **Ketepatan pemasangan Gelang Identitas Pasien (indikator kunci).**
2. **Ketepatan Melakukan TBAK pada saat menerima Intruksi verbal melalui telepon (indikator kunci)**
3. **Insiden pasien jatuh ada atau tidak ada cedera (indikator kunci)**
4. **Kejadian tertusuk jarum (indikator kunci).**
5. **Kejadian pasien pulang paksa atas permintaan sendiri (indikator kunci)**
6. **Kejadian infeksi pasca operasi (indikator kunci)**
7. Ketersediaan pelayanan rawat inap.
8. Pemberi pelayanan di rawat inap.

9. Tempat tidur dengan pengaman.
10. Kamar mandi dengan pengaman
11. Dokter Penanggung Jawab Pasien rawat inap
12. Jam visite dokter spesialis
13. Angka kejadian infeksi nasokomial.
14. Tidak adanya kejadian pasien jatuh.
15. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS.
16. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.
17. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh.
18. Kematian pasien > 48 jam.
19. Kepuasan pelanggan rawat inap.

4. Instalasi Kamar Operasi.

1. **Kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi (indikator kunci).**
2. Ketersediaan tim bedah.
3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi.
4. Kemampuan melakukan tindakan operasi.
5. Waktu tunggu operasi elektif.
6. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.
7. Tidak adanya kejadian operasi salah orang.
8. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi.
9. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien.
10. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ETT.
11. Kejadian kematian di meja operasi.
12. Kepuasan pelanggan.
13. Kelengkapan rekam medis pasien post operasi di kamar operasi.
14. Ketepatan jam operasi sesuai jadwal harian di kamar operasi.

5. Instalasi Kebidanan

1. **Ketepatan pemasangan Gelang Identitas Pasien (indikator kunci).**
2. **Ketepatan Melakukan TBAK pada saat menerima Instruksi verbal melalui telepon (indikator kunci)**
3. **Insiden pasien jatuh ada atau tidak ada cedera (indikator kunci)**
4. **Kejadian tertusuk jarum (indikator kunci).**
5. **Kejadian pasien pulang paksa atas permintaan sendiri (indikator kunci)**
6. **Kejadian infeksi pasca operasi (indikator kunci)**
7. **Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir (indikator kunci).**
8. Kejadian kematian ibu karena persalinan.
9. Pemberi pelayanan persalinan normal.
10. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.
11. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.
12. Pertolongan persalinan melalui *sectio caesaria*.
13. Keluarga Berencana.
14. Kepuasan Pelanggan.
15. Ketersediaan pelayanan rawat inap.
16. Pemberi pelayanan di rawat inap.
17. Tempat tidur dengan pengaman.
18. Dokter Penanggung Jawab Pasien rawat inap.
19. Jam visite dokter spesialis.
20. Angka kejadian infeksi nasokomial.
21. Tidak adanya kejadian pasien jatuh.
22. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh.
23. Kematian pasien > 48 jam.
24. Kepuasan pelanggan.

6. Instalasi Perynatologi

1. Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir (indikator kunci).
 2. Ketepatan pemasangan Gelang Identitas Pasien (indikator kunci).
 3. Ketepatan Melakukan TBAK pada saat menerima Instruksi verbal melalui telepon (indikator kunci)
 4. Insiden pasien jatuh ada atau tidak ada cedera (indikator kunci)
 5. Kejadian tertusuk jarum (indikator kunci).
 6. Kejadian pasien pulang paksa atas permintaan sendiri (indikator kunci)
 7. Kemampuan menangani BBLR 1500gr – 2500gr.
 8. Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia.
7. **Instalasi ICU.**
1. Ketersediaan peralatan.
 2. Perawat pemberi pelayanan.
 3. Dokter pemberi pelayanan.
 4. Jumlah pasien VAP.
 5. Jumlah pasien masuk ICU dengan penyakit yang sama < 72 jam.
 6. Angka dekubitus.
 7. Pemasangan CVC (infeksi).
 8. Pemasangan CVC (hematothorax).
 9. Kepuasan pasien.
8. **Poliklinik**
- a. **Poliklinik Kulit dan Kelamin.**
 1. Ketersediaan pelayanan.
 2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
 3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan.
 4. Waktu tunggu rawat jalan.
 5. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis.
 6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani strategi DOTS.
 7. Peresepan obat sesuai formularium.
 8. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.
 9. Kepuasan pasien.
 - b. **Poliklinik Syaraf.**
 1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik syaraf spesialis.
 2. Jam buka pelayanan pukul 08.00 s/d selesai setiap hari kerja.
 3. Peresepan obat sesuai formularium.
 4. Pencatatan dan pelaporan pasien poli syaraf.
 5. Kepuasan pelanggan.
 - c. **Poliklinik Anak.**
 1. Ketersediaan pelayanan.
 2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
 3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan.
 4. Waktu tunggu rawat jalan.
 5. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis.
 6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani strategi DOTS.
 7. Peresepan obat sesuai formularium.
 8. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.
 9. Kepuasan pasien.
 - d. **Poliklinik Kebidanan.**
 1. Ketersediaan pelayanan.
 2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
 3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan.
 4. Waktu tunggu rawat jalan.
 5. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis.
 6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani strategi DOTS.

7. Peresepan obat sesuai formularium.
8. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.
9. Kepuasan pasien.

e. Poliklinik Jiwa.

1. Ketersediaan Pelayanan.
2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
3. Jam buka pelayanan poliklinik psikiatri/jiwa.
4. Penegakan diagnosis gangguan jiwa.
5. Ketersediaan pelayanan IPWL.
6. Pencatatan dan pelaporan pasien IPWL di rumah sakit.
7. Pencatatan dan pelaporan pasien gangguan jiwa.
8. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan.

f. Poliklinik Bedah.

1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
2. Jam buka pelayanan.
3. Waktu tunggu rawat jalan 08.00 s/d selesai setiap hari kerja.
4. Pencatatan dan pelaporan.
5. Kepuasan pasien.

g. Poliklinik Gigi.

1. Ketersediaan pelayanan poli gigi dan mulut.
2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
3. Jam buka pelayanan pukul 08.00 s/d selesai.
4. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis.
5. Pasien rawat jalan TB yang ditangani strategi DOTS.
6. Peresepan obat sesuai formularium.
7. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.
8. Kepuasan pasien.

h. Poliklinik Mata.

1. Ketersediaan pelayanan.
2. Dokter pemberi pelayanan adalah Dr. Spesialis.
3. Jam buka pelayanan poli mata 8:00 s/d selesai.
4. Pencatatan dan pelaporan.
5. Peresepan obat diberikan dokter.
6. Kepuasan pelanggan poli mata.

i. Poliklinik THT.

1. Ketersediaan pelayanan.
2. Dokter pemberi pelayanan adalah Dr. spesialis.
3. Jam buka pelayanan poli THT 8:00 s/d selesai.
4. Pencatatan dan pelaporan.
5. Peresepan obat diberikan oleh dokter.
6. Kepuasan pelanggan pada poli THT.

j. Poliklinik Interne.

1. Ketersediaan pelayanan.
2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan.
4. Waktu tunggu rawat jalan.
5. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis.
6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani strategi DOTS.
7. Ketersediaan pelayanan VCT (HIV).
8. Peresepan obat sesuai formularium.
9. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.
10. Kepuasan pasien.

k. Poliklinik Paru

1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik paru spesialis.
2. Jam buka pelayanan pukul 08.00 s/d selesai
3. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis.
4. Pasien rawat jalan TB yang ditangani strategi DOTS/Poli DOTS.
5. Peresepan obat sesuai formularium.
6. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan pasien poli paru.
7. Kepuasan pelanggan.

l. Poliklinik Orthopedi

1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.
2. Jam buka pelayanan.
3. Waktu tunggu rawat jalan 08.00 s/d selesai setiap hari kerja.
4. Pencatatan dan pelaporan.
5. Kepuasan pasien.

9. Instalasi Rekam Medis.

1. **Ketepatan pengembalian rekam medis lengkap 2x24 jam setelah pasien Pulang rawat inap (indikator kunci).**
2. **Demografi yang bersangkutan (indikator kunci).**
3. Registrasi pasien baru.
4. Registrasi pasien lama.
5. Pencarian rekam medis rawat jalan.
6. Distribusi rekam medis rawat jalan.
7. Pemberi pelayanan rekam medis.
8. Kelengkapan *informed consent* dari *admission* rawat inap.
9. Kepuasan pelanggan.
10. Penyediaan dokumen rawat inap.

C. INSTALASI (PENUNJANG)

1. Instalasi PKRS.

1. Terselenggaranya kegiatan edukasi pasien dan keluarga, edukasi staf, edukasi pengunjung rumah sakit.
2. Terwujudnya rumah sakit yang mempromosikan tempat kerja yang sehat dengan indikator cakupan hidup bersih dan sehat (PHBS) unit kerja dan terselenggaranya peringatan hari besar kesehatan.

2. Instalasi Sterilisasi Pusat (CSSD).

1. Ketersediaan pelayanan sterilisasi.
2. Adanya penanggung jawab pelayanan sterilisasi.
3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan sterilisasi.
4. Ketepatan waktu penyediaan alat/bahan steril untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan < 24 jam.
5. Tidak adanya alat/bahan yang diterima oleh user dalam keadaan tidak steril.
6. Tidak adanya alat/bahan hilang.
7. Ketersediaan alat/bahan steril.

3. Instalasi Farmasi.

1. **Kekosongan stok obat esensial (indikator kunci).**
2. **Penulisan resep obat sesuai formularium (indikator kunci).**
3. **Kesalahan penulisan resep (indikator kunci).**
4. **Kepatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi digudang obat farmasi (indikator kunci).**
5. Waktu tunggu pelayanan obat jadi.
6. Waktu tunggu pelayanan obat racikan.
7. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.

4. Instalasi Laboratorium Klinik.

1. Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik rawat jalan (indikator kunci).
2. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik.
3. Tersedianya fasilitas dan peralatan.
4. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium klinik rawat jalan.
5. Tidak adanya kejadian tertukar specimen.
6. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS.
7. Kemampuan mikroskopis TB paru.
8. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium.
9. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.
10. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal.
11. Kepuasan pelanggan.

5. Instalasi Rehabilitasi Medik.

1. Pasien stroke yang diperiksa untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi (indikator kunci)
2. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik.
4. Kepuasan pelanggan.
5. Penanganan konsultasi oleh dokter spesialis rehabilitasi medik.

6. Instalasi Radiologi.

1. Jumlah film rusak (indikator kunci).
2. Pemberi pelayanan radiologi.
3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi.
4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label.
5. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen.
6. Kepuasan pelanggan.

7. Instalasi Gizi.

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.
2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.
3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet.

8. Instalasi Laundry.

1. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruangan rawat inap.
2. Tingkat komplain atas kualitas hasil cucian.
3. Ketepatan delivery/pengiriman.
4. Kehilangan linen/tidak adanya kejadian linen yang hilang.

9. Instalasi UTDRS

1. Kemampuan UTDRS dalam menyediakan kebutuhan darah (indikator kunci)
2. Tersedianya fasilitas dan peralatan
3. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS
4. Tidak adanya kesalahan pemberian darah

10. Instalasi Pemeliharaan Sarana.

1. Peralatan laboratorium (alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi (jumlah seluruh alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun).
2. Ketepatan waktu menangani kerusakan alat (kurang atau sama dengan 15 menit).
3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat (jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan/service tepat waktu dalam satu bulan).

11. Instalasi Penyehatan Lingkungan.

1. Baku mutu limbah cair.
2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan.

D. INSTALASI (UMUM DAN KEUANGAN).

1. Instalasi SIMRS.

1. Ketersediaan sarana prasarana sistem informasi.
2. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.
3. Keakuratan informasi yang diberikan oleh SIMRS.
4. Keterjaminan layanan sistem informasi bagi pengguna (user).

2. Ambulance

1. Ketersediaan mobil ambulance dan mobil jenazah 24 jam.
2. Waktu tanggap pelayanan ambulance dan mobil jenazah ≤ 30 menit.
3. Tidak terjadinya kecelakaan ambulance dan mobil jenazah yang menimbulkan kecacatan atau kematian.
4. Kepatuhan petugas melaksanakan SPO

3. Satpam

1. Ketersediaan petugas bersertifikat minimal Garda Pratama.
2. Waktu tanggap laporan gangguan keamanan < 30 menit.
3. Tidak ada kehilangan barang/aset rumah sakit.

