



BUPATI BLORA
PROVINSI JAWA TENGAH
PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 41 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOETIJONO BLORA
KABUPATEN BLORA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BLORA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr.R.Soetijono Blora Kabupaten Blora, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, Standar Pelayanan Minimal (SPM) Badan Layanan Umum Daerah ditetapkan oleh Kepala Daerah;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr.R.Soetijono Blora Kabupaten Blora;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara tanggal 8 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Lembaran, Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 2757);
2. Undang – Undang Nomor Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
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 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
6. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

7. 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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
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 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 4285);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);

Memperhatikan : Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOETIJONO BLORA KABUPATEN BLORA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Blora.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintah yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Blora.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Blora yang selanjutnya disebut Dinas adalah Perangkat Daerah yang bertanggungjawab menyelenggarakan urusan pemerintah dalam bidang kesehatan.
6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blora.
7. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disebut BLUD, adalah Perangkat Daerah atau unit kerja pada perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
8. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan Daerah pada umumnya
9. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora Kabupaten Blora.
10. BLUD RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora Kabupaten Blora selaku Perangkat Daerah yang menerapkan PPK BLUD.
11. Direktur RSUD adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora Kabupaten Blora.

12. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, pelaksanaan penelitian dan pengembangan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi.
13. Standar Pelayanan Minimal BLUD RSUD yang selanjutnya disingkat SPM BLUD RSUD adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD RSUD kepada masyarakat.
14. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.
15. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
16. Satuan Pemeriksa Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah merupakan aparat pemeriksa atau pengawas internal Rumah Sakit yang kegiatannya meliputi semua kegiatan baik yang bersifat medis maupun non medis/administratif, namun karena hal-hal yang bersifat medis tehnik sudah ditangani oleh komite medis maka ruang lingkup tugasnya hanya ruang lingkup masalah manajerial.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM BLUD RSUD dimaksudkan sebagai pedoman bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit.
- (2) SPM BLUD RSUD bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI),
BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN
STÁNDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) BLUD RSUD mempunyai tugas dan fungsi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan, pemberian dukungan atas penyelenggaraan Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan serta pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Jenis pelayanan pada BLUD RSUD meliputi :
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah sentral; dan
 - e. pelayanan penunjang medik.

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian
Dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

- (1) Indikator, Standar (Nilai), dan Batas Waktu Pencapaian SPM BLUD RSUD tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian SPM BLUD RSUD tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan berdasarkan SPM BLUD RSUD.

- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan sesuai SPM BLUD RSUD.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM BLUD RSUD dilaksanakan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD wajib menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan RSUD berdasarkan SPM BLUD RSUD.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen RSUD wajib menyusun rencana kerja, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan berdasarkan SPM BLUD RSUD.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan, wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM BLUD RSUD.

Pasal 7

Ketentuan mengenai teknis pelaksanaan SPM BLUD RSUD diatur dalam Peraturan Direktur RSUD dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 8

- (1) Pembinaan teknis BLUD RSUD yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Dinas.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM BLUD RSUD;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM BLUD RSUD dan penetapan target tahunan pencapaian SPM BLUD RSUD;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM BLUD RSUD; dan

- d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM BLUD RSUD.

Pasal 9

- (1) Pengawasan dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaksanakan pengawasan internal yang berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD.
- (3) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD melakukan pengendalian internal dalam rangka untuk tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM BLUD RSUD.

Pasal 10

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) bersama unit kerja pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat;
 - e. pelaksanaan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM Bidang Kesehatan jenis dan mutu pelayanan dasar.
 - f. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - g. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - h. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksa internal; dan
 - i. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

Pasal 11

Pembinaan dan pengawasan selain dilakukan oleh pejabat pembina dan SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dan Pasal 10 dilakukan oleh Perangkat Daerah atau pengawas eksternal yang membidangi pembinaan dan pengawasan berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dan Pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam rencana bisnis anggaran BLUD RSUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

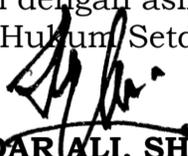
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Blora.

Ditetapkan di Blora,
pada tanggal 20 Agustus 2018
BUPATI BLORA,
Cap ttd.
DJOKO NOGROHO

Diundangkan di Blora
pada tanggal 20 Agustus 2018
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BLORA,
Cap ttd.
KOMANG GEDE IRAWADI

BERITA DAERAH KABUPATEN BLORA TAHUN 2018 NOMOR 41

Sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum/ Setda Kab. Blora



A. KAIDAR ALI, SH. MH.
NIP. 19610103 198608 1 001

LAMPIRAN I

PERATURAN BUPATI BLORA

NOMOR 41 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN
LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr. R. SOETIJONO
BLORA KABUPATEN BLORA

INDIKATOR, STANDAR (NILAI), DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.R.SOETIJONO BLORA KABUPATEN BLORA

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | NILAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|-----|-----------------|--|---------|------------------------|
| 1 | Gawat Darurat | 1 Pemberian Pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/BCLS/A CLS | 100 % | 3 tahun |
| | | 2 <i>Respon time</i> 5 menit | 100 % | 1 tahun |
| | | 3 Kemampuan menangani <i>live saving</i> di IGD | 100 % | 1 tahun |
| | | 4 Kematian pasien < 24 jam di IGD | < 0,5 % | 1 tahun |
| 2 | Rawat Jalan | 1 Mulai pelayanan dokter jam 09.00 | 80 % | 1 tahun |
| | | 2 Waktu tunggu < 120 menit | 80 % | 2 tahun |
| 3 | Rawat Inap | 1 <i>Visite</i> dokter selesai jam 09.00 WIB | 80 % | 1 tahun |
| | | 2 Administrai pasien meninggalkan Rumah sakit < 2 jam | 90 % | 3 tahun |
| | | 3 Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit | 80 % | 3 tahun |

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | NILAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|-----|-----------------------------|--|-------|------------------------|
| 4 | Rawat Intensif dan HND | 1 Lama administrasi pasien masuk 15 menit | 90 % | 3 tahun |
| | | 2 Angka kejadian infeksi nosokomial | < 1 % | 3 tahun |
| | | 3 Pemberian pelayanan bersertifikat <i>ICU/ICCU/PICU/NICU</i> | 60 % | 3 tahun |
| 5 | Persalinan dan Perinatologi | 1 Bidan penolong perslinan bersertifikat APN | 100 % | 3 tahun |
| | | 2 <i>Respon time</i> dokter spesialis / residen 30 menit | 100 % | 3 tahun |
| 6 | Bedah Sentral | 1 Waktu tunggu operasi efektif 1 hari | 100 % | 3 tahun |
| | | 2 Waktu tunggu operasi <i>cito</i> 30 menit | 90 % | 3 tahun |
| 7 | Farmasi | 1 Waktu tunggu pelayanan obat racikan 120 menit | 100 % | 3 tahun |
| | | 2 Waktu tunggu pelayanan obat jadi 60 menit | 100 % | 3 tahun |
| | | 3 Tidak adanya kesalahan pemberian obat | 100 % | 1 tahun |
| 8 | Laboratorium | 1 <i>Respon time</i> pelayanan laboratorium 5 menit | 80 % | 3 tahun |
| | | 2 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit | 80 % | 3 tahun |
| 9 | Radiologi | 1 Waktu tunggu pelayanan <i>thorax foto</i> (<i>X-foto</i> tanpa kontras) < 3 jam | 90 % | 1 tahun |
| | | 2 Pelaksana <i>ekspertisi</i> dr Sp. Radiologi | 100 % | 1 tahun |

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | NILAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|-----|--|---|-------|------------------------|
| 10 | Gizi | 1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 90 % | 1 tahun |
| | | 2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | 70 % | 1 tahun |
| | | 3 Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap | 100 % | 1 tahun |
| 11 | Rehabilitasi Medik | 1 Waktu pelayanan < 1 jam | 100 % | 1 tahun |
| 12 | Tranfusi Darah | 1 Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap kebutuhan | 100 % | 3 tahun |
| 13 | Ambulan, Mobil Jenazah dan Pemulasaran Jenazah | 1 Waktu tunggu pelayanan ambulan 15 menit | 90 % | 1 tahun |
| | | 2 Waktu tunggu pelayanan mobil jenazah 30 menit | 90 % | 1 tahun |
| | | 3 Waktu tunggu pelayanan pemulasaran jenazah 30 menit | 90 % | 1 tahun |
| | | 4 Waktu pemberian pelayanan pemulasaran jenazah 1 jam | 100 % | 1 tahun |
| 14 | Linen | 1 Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100 % | 1 tahun |
| | | 2 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 90 % | 1 tahun |
| 15 | Rekam medik | 1 Pengurusan surat <i>visum et repertum</i> | 90 % | 1 tahun |
| | | 2 Kelengkapan pengisian rekam medis | 80 % | 1 tahun |

| NO. | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | NILAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN |
|-----|---|--|--------|------------------------|
| 16 | Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit | 1 Waktu tanggap menanggapi kerusakan alat 20 menit | 80 % | 3 tahun |
| | | 2 Ketepatan pemeliharaan alat | > 80 % | 3 tahun |
| 17 | Administrasi Manajemen | 1 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan | 100 % | 1 tahun |
| | | 2 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala | 100 % | 1 tahun |
| 18 | Keuangan | 1 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya | 95 % | 1 tahun |
| | | 2 Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu | 100 % | 1 tahun |
| 19 | Hygiene Sanitasi dan Pengolahan Limbah | 1 Pengolahan limbah padat sesuai aturan | 100 % | 3 tahun |
| | | 2 Pemisahan sampah medis dan non medis | 100 % | 3 tahun |

BUPATI BLORA,
Cap ttd.
DJOKO NUGROHO

LAMPIRAN II

PERATURAN BUPATI BLORA

NOMOR 41 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN
LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr. R. SOETIJONO
BLORA KABUPATEN BLORA

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

a. Pemberian Pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/BCLS/ACLS

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat PPGD/ATLS/BCLS/ACLS |
| 2 | DIMENSI MUTU | Kompetensi teknis |
| 3 | TUJUAN | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan PPGD/ATLS/BCLS/ACLS |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan sekali |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah tenaga yang bersertifikat PPGD/ATLS/BCLS/ACLS |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan |
| 9 | SUMBER DATA | Kepegawaian |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit |

b. Respon time 5 menit

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Respon time 5 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Kompetensi teknis dan efektivitas |
| 3 | TUJUAN | Terselenggaranya pelayanan cepat dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Waktu tanggap yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan Dokter di UGD |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan sekali |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kunjungan IGD yang respon timenya , 5 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh kunjungan IGD |
| 9 | SUMBER DATA | IGD |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

c. Kemampuan menangani *live saving* di Gawat Darurat

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Kemampuan menangani live saving di Gawat Darurat |
| 2 | DIMENSI MUTU | Keselamatan, Kompetensi teknis |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan Gawat darurat |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Live saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airway, breating, circulation yang efektif |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di gawat darurat |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan life saving |

| | | |
|----|------------------|--------------------------------|
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Gawat darurat |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

d. Kematian pasien < 24 jam di instalasi Gawat Darurat

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Kematian pasien < 24 jam di Gawat darurat |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas dan keselamatan |
| 3 | TUJUAN | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Kematian pasien < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang di Instalasi Gawat Darurat |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan sekali |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode < 24 jam sejak pasien datang |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien yang ditangani di instalasi Gawat Darurat |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Gawat Darurat dan Rekam Medik |
| 10 | NILAI | < 0,5 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Mulai Pelayanan dokter jam 09.00 WIB

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Mulai pelayanan dokter jam 09.00 WIB |
| 2 | DIMENSI MUTU | Akses Pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Rumah sakit |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |

| | | |
|----|------------------------|--|
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan sekali |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang dimulai jam 09.00 WIB dalam 1 bulan |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam 1 bulan |
| 9 | SUMBER DATA | Poliklinik |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi rawat Jalan |

b. Waktu tunggu < 120 menit

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu < 120 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Akses |
| 3 | TUJUAN | Memberikan kenyamanan kepada pasien |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dengan dilayani oleh dokter |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan sekali |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif waktu fungsi pasien rawat jalan < 120 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah kumulatif waktu fungsi seluruh pasien rawat jalan |
| 9 | SUMBER DATA | Poliklinik |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

3. INSTALASI RAWAT INAP

a. Visite dokter selesai jam 09.00 WIB

| | | |
|---|-----------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Visite dokter selesai jam 09.00 WIB |
| 2 | DIMENSI MUTU | Akses keseimbangan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan |

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah kunjungan dokter setiap hari kerja kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya sudah selesai pada jam 09.00 WIB |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan sekali |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah <i>visite</i> dokter yang selesai jam 09.00 WIB |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> dokter |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Rawat Inap |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Ruang |

b. Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit < 2 jam

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit < 2 jam |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, <i>availability</i> |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan di Rumah Sakit |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu yang diperlukan sebelum menyelesaikan administrasi bagi pasien yang akan meninggalkan Rumah Sakit sejak pasien dinyatakan boleh meninggalkan Rumah Sakit |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan sekali |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien yang menunggu < 2 jam ketika akan menyelesaikan administrasi |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien keseluruhan yang meninggalkan Rumah Sakit |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Rawat Inap |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rawat Inap |

c. Ketersediaan pengawal *ambulance* dalam waktu 30 menit

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketersediaan pengawal <i>ambulance</i> , 30 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Akses |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan rujukan di Rumah Sakit |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Enam bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien rujukan yang mendapatkan perawat pengawal dalam waktu kurang dari 30 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien rujukan yang menggunakan jasa perawat pengawal |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Gawat Darurat |

4. PELAYANAN RAWAT INTENSIF DAN HND

a. Lama administrasi pasien masuk 15 menit

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Lama administrasi pasien masuk 15 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | <i>Availability</i> (Pelayanan yang dibutuhkan harus tersedia) |
| 3 | TUJUAN | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan pelayanan yang dibutuhkan pasien ICU. 2. Kejelasan pelayanan bagi pasien ICU 3. Kepuasan pasien ICU |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Ketersediaan dan kejelasan pelayanan ICU yang dimulai dari pemesanan kamar sampai dengan pasien menempati kamar inap |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 6 (enam) bulan |

| | | |
|----|------------------------|---|
| 6 | PERIODE ANALISA | 6 (enam) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien yang masuk Ruang ICU dan diberikan admisi, 15 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah semua pasien yang masuk Ruang ICU |
| 9 | SUMBER DATA | Catatan pendaftaran pasien Ruang ICU |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi ICU |

b. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Angka kejadian Infeksi Nosokomial |
| 2 | DIMENSI MUTU | Keselamatan pasien |
| 3 | TUJUAN | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit meliputi: <i>dekubitus, plelitis, sepsis</i> dan infeksi luka operasi |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien di Ruang ICU yang terkena infeksi <i>nosocomial</i> |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien di ruang ICU |
| 9 | SUMBER DATA | R. ICU dan Rekam Medik |
| 10 | NILAI | < 1 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rawat Intensif (ICU) |

c. Pemberi Pelayanan bersertifikat ICU/ICCU/PICU/NICU

| | | |
|---|-----------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Pemberi pelayanan bersertifikat ICU/ICCU/PICU/NICU |
| 2 | DIMENSI MUTU | Kompetensi teknis |
| 3 | TUJUAN | Tersedianya Pelayanan Intensif dengan tenaga yang kompeten |

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Pemberi Pelayanan Intensif adalah dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat berpendidikan D-III dengan sertifikasi perawat mahir ICU |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah tenaga dokter spesialis anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikasi perawat mahir ICU/ICCU/PICU/NICU yang melayani perawatan intensif |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif |
| 9 | SUMBER DATA | Kepegawaian dan ICU |
| 10 | NILAI | 60 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rawat Intensif (ICU) |

5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

a. Bidan penolong persalinan bersertifikat APN

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Bidan penolong persalinan bersertifikat APN |
| 2 | DIMENSI MUTU | Kompetensi teknis |
| 3 | TUJUAN | Tersedianya pelayanan persalinan oleh tenaga yang kompeten |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Bidan yang menolong persalinan sudah mempunyai sertifikat APN |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah tenaga bidan penolong persalinan yang bersrtifikat APN |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh bidan penolong persalinan |
| 9 | SUMBER DATA | Ruang Persalinan |
| 10 | NILAI | 100 % |

| | | |
|----|------------------|--------------------------------|
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Sub. Bagian Kepegawaian |
|----|------------------|--------------------------------|

b. Respon time dokter spesialis/residen 30 menit

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Respon time dokter spesialis/residen 30 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas dan keselamatan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kesempurnaan pelayanan oleh dokter spesialis sesegera yang dibutuhkan |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu yang dibutuhkan sejak dokter jaga memutuskan konsul dokter spesialis sampai dengan kedatangan dokter spesialis ditempat pasien |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah konsultasi dengan edatangan spesialis < 30 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah konsultasi dokter jaga seluruhnya |
| 9 | SUMBER DATA | Ruang Persalinan |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Non Medis |

6. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

a. Waktu tunggu operasi efektif 1 hari

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu operasi efektif 1 hari |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan operasi |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Waktu tunggu operasi efeksif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |

| | | |
|----|------------------------|---|
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien yang terencana dioperasi dalam bulan tersebut |
| 9 | SUMBER DATA | Rekam Medis |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Bedah Sentral |

b. Waktu tunggu operasi *cito* 30 menit

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu operasi <i>cito</i> 30 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Keselamatan, efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah emergency |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Waktu tunggu operasi cito adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang tidak direncanakan sampai dengan operasi mulai dilaksanakan |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang tidak terencana |
| 8 | DENUMERATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien yang dioperasi tidak direncanakan dalam bulan tersebut |
| 9 | SUMBER DATA | Rekam Medik |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Bedah Sentral |

7. PELAYANAN FARMASI

a. Waktu tunggu pelayanan obat racikan 120 menit

| | | |
|---|-----------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu pelayanan obat racikan 120 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien dengan obat racikan yang disurvei dalam bulan tersebut |
| 9 | SUMBER DATA | Survei |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Farmasi |

b. Waktu tunggu pelayanan obat jadi 60 menit

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu pelayanan obat jadi 60 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien dengan obat jadi yang di survei dalam bulan tersebut |
| 9 | SUMBER DATA | Survei |
| 10 | NILAI | 100 % |

| | | |
|----|------------------|--------------------------|
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Farmasi |
|----|------------------|--------------------------|

c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat |
| 2 | DIMENSI MUTU | Keselamatan dan kenyamanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kejajian kesalahan dalam pemberian obat |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei |
| 9 | SUMBER DATA | Survei |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Farmasi |

8. INSTALASI LABORATORIUM

a. Respon time pelayanan laboratorium 5 menit

| | | |
|---|----------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Respon time pelayanan laboratorium 5 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu tunggu mulai pasien rawat jalan menyerahkan blanko pemeriksaan sampai dengan pengambilan sample |

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien rawat jalan yang menunggu < 5 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien rawat jalan seluruhnya |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Laboratorium |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Laboratorium |

b. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium sejak pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien rawat jalan dengan waktu < 120 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien rawat jalan yang diperiksa |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Laboratorium |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Laboratorium |

9. INSTALASI RADIOLOGI

a. Waktu tunggu hasil pelayanan *foto thorax*

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah tenggang waktu < 3 jam mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif pasien yang difoto thorax dengan waktu tunggu < 3 jam |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah Pasien yang difoto <i>thorax</i> |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Radiologi |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Radiologi |

b. Pelaksanaan *expertise* pemeriksaan *Rontgen*

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Pelaksanaan <i>expertise</i> hasil pemeriksaan <i>Rontgen</i> |
| 2 | DIMENSI MUTU | Kompetensi teknis |
| 3 | TUJUAN | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan <i>Rontgen</i> oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnose |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Pelaksana <i>expertise Rontgen</i> adalah dokter spesialis radiology atau residen radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto <i>Rontgen</i> |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah foto <i>Rontgen</i> yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis atau residen dalam 1 bulan |

| | | |
|----|------------------------|--|
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pemeriksaan foto <i>Rontgen</i> dalam 1 bulan |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Radiologi |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Radiologi |

10. PELAYANAN GIZI.

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, akses, kenyamanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei |
| 9 | SUMBER DATA | Survei |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Gizi |

b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

| | | |
|---|----------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas dan efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh |

| | | |
|----|----------------------------|--|
| | | pasien dengan ketentuan : - Sisa lebih dari ½ porsi → tidak habis - Sisa kurang dari ¼ porsi → habis |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang di survei |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah pasien yang di survei |
| 9 | SUMBER DATA | Ruang Rawat Inap, Instalasi Gizi |
| 10 | NILAI | < 70 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Instalasi Gizi |

c. Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, akses |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah ketepatan pemberian makanan kepada pasien rawat inap yang sesuai dengan permintaan ruangan |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Setiap bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Setiap 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien rawat inap dengan diet khusus yang sesuai permintaan |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang mendapat diet khusus |
| 9 | SUMBER DATA | Survei |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Gizi |

11. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

a. Waktu pelayanan < 1 jam

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu pelayanan < 1 jam |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, Kesenambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan pelayanan rehabilitasi medik |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu yang dibutuhkan petugas dalam melayani pasien dari pertama menjalani terapi sampai selesai |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien yang dilayani < 1 jam |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien yang dilayani |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Rehabilitasi Medik |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik |

12. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap kebutuhan

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap kebutuhan |
| 2 | DIMENSI MUTU | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah terpenuhinya permintaan darah bagi setiap pasien yang membutuhkan |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh permintaan darah |

| | | |
|----|------------------|---------------------------|
| 9 | SUMBER DATA | Bank Darah |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Ka Instalasi Laboratorium |

13. PELAYANAN AMBULAN, MOBIL JENAZAH DAN PEMULASARAN JENAZAH

a. Waktu tunggu pelayanan *ambulance* 15 menit

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu pelayanan ambulans/menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Akses, efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tersedianya pelayanan ambulans segera setelah pasien dan keluarganya membutuhkan |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu tunggu sejak petugas menghubungi Instalasi ambulans sampai dengan tersedianya mobil ambulans siap pakai |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien yang menunggu tersedianya ambulans < 15 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan ambulans |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi <i>Ambulance</i> |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Ka. Subbag Umum dan Kepegawaian |

b. Waktu tunggu pelayanan mobil jenazah 30 menit

| | | |
|---|-----------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu pelayanan mobil jenazah 30 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Akses, efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tersedianya pelayanan mobil jenazah segera setelah pasien dan keluarganya membutuhkan |

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu tunggu sejak petugas menghubungi Instalasi mobil jenazah sampai dengan tersedianya mobil jenazah siap pakai dalam 30 menit |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pasien yang menunggu tersedianya mobil jenazah < 30 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan mobil jenazah |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Mobil Jenazah |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Ka. Subbag Umum dan Kepegawaian |

c. Waktu tunggu pelayanan pemulasaran jenazah 30 menit

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tunggu pelayanan pemulasaran jenazah 30 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Terselenggaranya pelayanan pemulasaran jenazah sesegera setelah keluarga pasien membutuhkan |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu tunggu sejak petugas menghubungi Instalasi Pemulasaran Jenazah sampai dengan terlayannya pemulasaran jenazah |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah jenazah yang dapat terlayani dalam waktu < 30 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh jenazah |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Pemulasaran jenazah |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Ka. Instalasi Pemulasaran jenazah |

d. Waktu pemberian pelayanan pemulasaran jenazah 1 jam

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu pemberian pelayanan pemulasaran jenazah 1 jam |
| 2 | DIMENSI MUTU | Kesinambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan keluarga pasien akan pemulasaran jenazah |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu yang dibutuhkan petugas Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan pemulasaran jenazah dari awal sampai selesai dalam waktu 1 jam |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah jenazah yang dirawat dalam waktu < 1 jam |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah jenazah seluruhnya |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Pemulasaran Jenazah |
| 10 | NILAI | 100% |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Ka. Instalasi Pemulasaran jenazah |

14. PELAYANAN LINEN

a. Tidak adanya kejadian linen hilang

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Tidak adanya kejadian linen yang hilang |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, dan efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Pelayanan linen adalah pelayanan pencucian dan perawatan bagi linen |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah linen yang masuk ke Instalasi lain dikurangi linen yang hilang |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah linen yang masuk ke Instalasi linen seluruhnya |

| | | |
|----|------------------|------------------------|
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Linen |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Linen |

b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang inap |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, dan efisiensi |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan yaitu jam 08.00 WIB s/d 13.00 WIB kecuali hari libur |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah hari kerja dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah hari kerja dalam satu bulan |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Linen |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Linen |

15. PELAYANAN REKAM MEDIK

a. Pengurusan surat *visum et repertum*

| | | |
|---|----------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Pengurusan surat <i>visum et repertum</i> |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, efisien |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya mutu pelayanan Rekam Medik |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu yang dibutuhkan sejak surat permintaan <i>Visum et Repertum</i> masuk Rumah Sakit sampai dengan selesainya dokumen tersebut dalam waktu 6 hari kerja |

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah permintaan <i>Visum et Repertum</i> yang selesai dalam waktu < 6 hari |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh permintaan <i>Visum et Repertum</i> |
| 9 | SUMBER DATA | Pelayanan Rekam Medik |
| 10 | NILAI | 90 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala seksi Pelayanan Medis dan Non Medis |

b. Kelengkapan pengisian rekam media

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Kelengkapan pengisian rekam medik |
| 2 | DIMENSI MUTU | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter setelah selesai pelayanan |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| 9 | SUMBER DATA | Survei |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala seksi Pelayanan Medis dan Non Medis |

16. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA

a. Waktu tanggap menangani kerusakan alat 20 menit

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Waktu tanggap menanggapi kerusakan alat 20 menit |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan kerusakan alat diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak, maksimal dalam waktu 20 menit |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi dalam waktu < 20 menit |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit |
| 10 | NILAI | 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit |

b. Ketepatan pemeliharaan alat

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan pemeliharaan alat |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / servis untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 (tiga) bulan |

| | | |
|----|------------------------|---|
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan |
| 9 | SUMBER DATA | Registrasi pemeliharaan alat |
| 10 | NILAI | > 80 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi Sarana dan Prasarana Rumah Sakit |

17. PELAYANAN ADMINISTRASI – MAMAJEMEN

a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, efisiensi, kenyamanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Usulan kenaikan pangkat pegawai yang dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 tahun |
| 6 | PERIODE ANALISA | 1 tahun |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| 9 | SUMBER DATA | Subbagian Kepegawaian |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Bagian Tata Usaha |

b. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas, kenyamanan |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 tahun |
| 6 | PERIODE ANALISA | 1 tahun |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah pegawai yang mendapatkan SK Kenaikan berkala dalam satu tahun |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah keseluruhan pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun |
| 9 | SUMBER DATA | Sub.Bag.Kepegawaian |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Bagian Tata Usaha |

18. PELAYANAN KEUANGAN

a. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 3 bulan |

| | | |
|----|------------------------|---|
| 6 | PERIODE ANALISA | 6 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan |
| 9 | SUMBER DATA | Ka.Sub.Bag.Keuangan |
| 10 | NILAI | 95 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kasubbag. Keuangan |

b. Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu

| | | |
|----|----------------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu |
| 2 | DIMENSI MUTU | Efektivitas |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya Kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | TPK adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai kinerja yang dicapai dalam satu bulan. Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu adalah tiap bulan pertanggal 25 |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Tiap 6 bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | Tiap 1 tahun |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian TPK |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Tiap 6 bulan |
| 9 | SUMBER DATA | Sub.Bag. Keuangan |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kasubbag.Keuangan |

19. PELAYANAN *HYGIENE SANITASI* DAN PENGELOLAAN LIMBAH

a. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan |
| 2 | DIMENSI MUTU | Keselamatan, lingkungan sehat |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya mutu penanganan limbah infeksius di rumah sakit |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Limbah padat berbahaya adalah sampah padat yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan atau dapat mencederai antara lain : sisa jarum suntik, sisa ampul, kasa bekas, sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku |
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| 9 | SUMBER DATA | Hasil pengamatan |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi <i>Hygiene Sanitasi</i> dan IPAL |

b. Pemisahan sampah medis dan non medis

| | | |
|---|----------------------|--|
| 1 | JUDUL INDIKATOR | Pemisahan sampah media dan non medis |
| 2 | DIMENSI MUTU | Keselamatan, kedisiplinan, lingkungan sehat |
| 3 | TUJUAN | Tergambarnya kedisiplinan penanganan sampah medis dan non medis |
| 4 | DEFINISI OPERASIONAL | Adalah pemisahan pembuangan sampah medis dan non medis di plastic sampah yang dikumpulkan oleh petugas <i>Hygiene Sanitasi</i> |

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 5 | FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 bulan |
| 6 | PERIODE ANALISA | 3 bulan |
| 7 | NUMERATOR (PEMBILANG) | Adalah pemisahan pembuangan sampah medis yang masih tercampur dengan sampah non medis |
| 8 | DENOMINATOR (PENYEBUT) | Jumlah kantong sampah seluruhnya yang dikumpulkan oleh petugas hygiene sanitasi |
| 9 | SUMBER DATA | Instalasi <i>Hygiene</i> Sanitasi dan IPAL |
| 10 | NILAI | 100 % |
| 11 | PENANGGUNG JAWAB | Kepala Instalasi <i>Hygiene Sanitasi</i> dan PAL |

BUPATI BLORA,

Cap ttd.

DJOKO NUGROHO