



BUPATI DELI SERDANG
PROVINSI SUMATERA UTARA
PERATURAN BUPATI DELI SERDANG
NOMOR 725 TAHUN 2017

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DELI SERDANG

BUPATI DELI SERDANG,

- Menimbang :
- a. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit Umum Daerah dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standard yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat dengan melaksanakan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
 - b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan maka Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah dengan Peraturan Bupati;
 - c. bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan bahwa Bupati bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Standard Pelayanan Kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan masyarakat;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Deli Serdang tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Deli Serdang.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Darurat Nomor 7 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten-Kabupaten dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1092);



**BUPATIDELISERDANG
PROVINSI SUMATERA UTARA**

**PERATURAN BUPATIDELISERDANG
NOMOR 725 TAHUN 2017**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DELISERDANG**

BUPATI DELI SERDANG,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit Umum Daerah dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standard yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat dengan melaksanakan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan maka Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah dengan Peraturan Bupati;
- c. bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan bahwa Bupati bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Standard Pelayanan Kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan masyarakat;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Deli Serdang tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Deli Serdang.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Darurat Nomor 7 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten-Kabupaten dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1092);

2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
12. Peraturan Daerah Kabupaten Deli Serdang Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Deli Serdang;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI DELI SERDANG TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DELI SERDANG

BABI
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Deli Serdang.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Bupati adalah Bupati Deli Serdang.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Deli Serdang.
5. Unit Pelaksana Teknis yang selanjutnya disebut UPT adalah unsur pelaksana tugas teknis operasional dan penunjang pada Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah pada Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
8. Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.
9. Jenis Pelayanan adalah setiap bentuk pelayanan publik yang mutlak dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan.
10. Indikator SPM adalah Tolok ukur prestasi yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM.
11. Kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dapat dicapai.
12. Indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan atau kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan.
13. Batas waktu pencapaian SPM adalah kurun waktu yang ditetapkan untuk mencapai indikator SPM.
14. Dimensi Mutu adalah suatu pernyataan yang menyatakan sebuah ukuran pelayanan yang akan diberikan oleh petugas kepada pasien/masyarakat.
15. Tujuan adalah hasil akhir yang ingin dicapai dari indikator yang telah ditetapkan.
16. Definisi operasional adalah pengertian dari sebuah indikator yang akan dicapai.
17. Frekuensi pengumpulan data adalah kurun waktu yang digunakan untuk mengumpulkan data yang akan digunakan untuk menghitung indikator.
18. Periode analisa adalah kurun waktu yang digunakan untuk menyelesaikan laporan dari sebuah indikator.
19. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
22. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

23. Langkah kegiatan adalah tahapan kegiatan yang bersifat teknis yang perlu dipilih untuk dilaksanakan agar dapat mencapai target indikator SPM.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan untuk memberi panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM RSUD.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh RSUD kepada masyarakat di Daerah.

BAB III
UPAYA PELAYANAN KESEHATAN, TARGET, TARGET PENCAPAIAN DAN
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Upaya Pelayanan Kesehatan
Pasal 3

- (1) RSUD menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan sebagai berikut:
 - a. upaya kesehatan perorangan; dan
 - b. upaya kesehatan masyarakat.
- (2) Upaya kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi :
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatalogi;
 - 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 rekam medik;
 - n. pelayanan keluarga miskin;
 - o. pelayanan pengelolaan limbah;
 - p. pelayanan ambulance/kereta jenazah
 - q. pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - r. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
 - s. pelayanan laundry;
 - t. pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi; dan
 - u. pelayanan administrasi dan manajemen.
- (3) Upaya kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, meliputi :
 - a. promosi kesehatan;
 - b. pelayanan kesehatan lingkungan;
 - c. pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana;
 - d. pelayanan gizi; dan
 - e. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

- (4) Selain upaya kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan upaya kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (3), RSUD dapat menyelenggarakan upaya pengembangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedua
Target, Target Pencapaian
Dan Uraian Standar Pelayanan Minimal
Pasal 4

- (1) Target dan target pencapaian, sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian Standar Pelayanan Minimal, sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN
Pasal 5

- (1) RSUD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB V
PENERAPAN
Pasal 6

- (1) Direktur RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan melaksanakan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan menggunakan format Rencana Bisnis dan Anggaran.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan dan penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugas Direktur RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mengacu pada SPM.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Bagian Kesatu
Pembinaan
Pasal 7

- (1) Pembinaan teknis RSUD yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala organisasi perangkat Daerah yang menangani urusan kesehatan.
- (2) Pembinaan keuangan RSUD yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya, antara lain:
- a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimum;
 - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimum dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimum;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimum;
 - d. penyusunan peraturan perundang-undangan untuk implementasi PPK-BLUD pada RSUD yang bersangkutan;
 - e. penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
 - f. pelaksanaan anggaran;
 - g. akuntansi dan pelaporan keuangan.

Bagian Kedua
Pengawasan
Pasal 8

- (1) Pengawasan dilakukan oleh organisasi perangkat Daerah yang menangani urusan pengawasan.
- (2) Selain pengawasan yang dilakukan oleh organisasi perangkat Daerah yang menangani urusan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan oleh pengawas internal.
- (3) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Pemimpin BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII
PENUTUP
Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di : Lubuk Pakam
Pada Tanggal : 18 Juli 2017

BUPATI DELI SERDANG

d t o

ASHARI TAMBUNAN

Diundangkan di Lubuk Pakam
Pada tanggal 18 Juli 2017

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN DELI SERDANG**


Drs. H. ASRIN NAIM

Lampiran I : Keputusan Bupati Deli Serdang
tentang Standar Pelayanan Minimal
Rumah Sakit Umum Daerah Deli
Nomor : 7.25 TAHUN 2017
Tanggal : 18 JULI 2017

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DELISERDANG

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR MUTU	STANDAR/ TARGET	TARGET CAPAIAN				
				2017	2018	2019	2020	2021
1.	UNIT GAWAT DARURAT	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Kesiediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
2.	RAWATJALAN	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	

4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s.d 14.00 setiap harikerja	08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s.d 14.00 se hari kerja
5.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%
6.	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%
7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%
9.	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%
10.	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
11.	Kepuasan pelanggan a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%
12.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik dan Gangguan Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik dan Gangguan Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik dan Gangguan Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik dan Gangguan Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik dan Gangguan Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik dan Gangguan Mental Organik
13.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14.	Kejadian Re-Admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 mingg

	4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
	5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
	7. Keluarga Berencana : a. Persentase KB (Vasektomi & Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dokter umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapatkan konseling KB mantap oleh bidan terlatih	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%
	8. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
	c. Intensif 1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%

	2. Pemberi pelayanan unit intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4
	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontegen 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2% 4. ≥ 80%	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2% 4. ≥ 80%	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2% 4. ≥ 80%	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2% 4. ≥ 80%	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2% 4. ≥ 80%	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2% 4. ≥ 80%
	e. Laboratorium Patologi Klinik 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin Dokter Sp.Patologi Klinik 100% ≥ 80%	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin Dokter Sp.Patologi Klinik 100% ≥ 80%	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin Dokter Sp.Patologi Klinik 100% ≥ 80%	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin Dokter Sp.Patologi Klinik 100% ≥ 80%	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin Dokter Sp.Patologi Klinik 100% ≥ 80%	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin Dokter Sp.Patologi Klinik 100% ≥ 80%
	f. Rehabilitasi Medik 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan						
		≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%

		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
		g. Farmasi						
		1. Waktu tunggu pelayanan						
		a. Obat jadi	a. ≤ 30 menit	a. ≤ 30 menit	a. ≤ 30 menit	a. ≤ 30 menit	a. ≤ 30 menit	a. ≤ 30 menit
		b. Obat Racikan	b. ≤ 60 menit	b. ≤ 60 menit	b. ≤ 60 menit	b. ≤ 60 menit	b. ≤ 60 menit	b. ≤ 60 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		h. Gizi						
		1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		j. Transfusi Darah						
		1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%
		j. Transfusi Darah						
		1. Kebutuhan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	PENUNJANG NON MEDIK	a. Pelayanan GAKIN						
		1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada unit pelayanan						
		b. Pengelolaan Limbah						

		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infections) di RS (minimum 1 parameter)	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%
6.	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	a. Administrasi dan Manajemen						
		1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		6. Cost recovery	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BUPATIDELISERDANG

dto

ASHARI TAMBUNAN

Ditetapkan di Lubuk Pakam
Pada tanggal 18 Juli 2017

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN DELI SERDANG**


Drs. H. ASRIN NAIM

BERITA DAERAH KABUPATEN DELI SERDANG TAHUN 2017 NOMOR 029

**URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DELI SERDANG**

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Life Saving Anak dan Dewasa

Judul	Kemampuan Menangani Life Saving Anak dan Dewasa
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat Pada Bayi, Anak dan Dewasa
Defenisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Circulation, Airway dan Breath
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di IGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas rumah sakit
Sumber Data	Daftar inventaris alat di IGD
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pendataan inventaris alat IGD 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di Rumah Sakit
Defenisi Operasional	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Target / Standar	IGD buka 24 jam
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan Data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan dalam memberikan pelayanan di IGD
Defenisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/ACLS/BTLS/PPGD yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Tenaga yang bersertifikat ATLS/ACLS/BTLS/PPGD yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pendataan jumlah tenaga yang memiliki sertifikat 2. Merencanakan training untuk tenaga kegawatdaruratan 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Kesiadaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Defenisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan bencana yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Target / Standar	Satu tim
Langkah Kegiatan	1. Program kerja tim 2. Training untuk tim 3. Pencatatan dan Pelaporan

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
Defenisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapatkan pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang dibutuhkan sejak kedatangan pasien di IGD sampai mendapatkan pelayanan dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke IGD
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Target / Standar	≤ 5 menit
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu / PMKP

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang baik yang mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan
Defenisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat dan petugas pendaftaran
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien yang dilayani di IGD yang didapat melalui survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien IGD yang di survey
Sumber Data	Hasil survey
Target / Standar	≥ 70%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey kepuasan pelanggan 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Promkes / Tim mutu

7. Tidak Adanya Pasien Yang Diharuskan Membayar Uang Muka

Judul	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses, keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tersedianya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Defenisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di IGD
Sumber Data	survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Kematian Pasien ≤ 24 Jam

Judul	Kematian pasien ≤ 24 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kualitas dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Defenisi Operasional	Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang dan dilayani di IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang dan dilayani di IGD
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat dan Rekam Medik
Target / Standar	≤ 2 / 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

A. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Judul	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh dokter spesialis yang kompeten
Defenisi Operasional	Klinik Spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis sesuai dengan clinical privilege yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam 1 bulan dikalikan dengan jumlah klinik spesialis
Sumber Data	Kepegawaian
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan

Judul	Ketersediaan pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Defenisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis - jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis - jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Sumber Data	Pendaftaran rawat jalan poliklinik spesialis
Target / Standar	100% (klinik anak, klinik penyakit dalam, klinik kebidanan, klinik bedah)
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan Data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam Buka Pelayanan

Judul	Jam buka pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik rawat jalan spesialis pada setiap hari kerja di rumah sakit
Defenisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis pada setiap hari kerja di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialis yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialis dalam 1 bulan
Sumber Data	Pendaftaran rawat jalan poliklinik spesialis
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan Data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada setiap hari kerja di rumah sakit yang cepat dan mudah diakses oleh pasien
Defenisi Operasional	Waktu tunggu di rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dengan dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
Target / Standar	≤ 60 menit
Langkah Kegiatan	1. melakukan survey pasien rawat jalan 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul	

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan spesialis yang mampu memberikan kepuasan pada pelanggan
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat dan petugas pendaftaran
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata - rata kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
SumberData	Survey
Target / Standar	≥ 90%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim mutu / PMKP

6. Penegakkan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektifitas dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Kepastian penegakkan diagnosis tuberculosis
Defenisi Operasional	Penegakkan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya mycobacterium tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang kemudian ditegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	jumlah seluruh pasien tersangka TB yang diperiksa
SumberData	Rekam Medik
Target/ Standar	≥ 60%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan Data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

7. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Defenisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Target / Standar	≥ 60%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan di rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di rawat inap yang sesuai yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Target / Standar	Dokter spesialis , perawat minimal pendidikan D3

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Defenisi Operasional	Dokter penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter penanggung jawab pasien
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan Data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Defenisi Operasional	Ketersediaan pelayanan rawat inap adalah jenis - jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis - jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber Data	Pendaftaran rawat inap
Target / Standar	100% (Spesialis anak, penyakit dalam, kebidanan, Bedah)
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Defenisi 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 wib sampai dengan 14.00 wib.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang di survey
Denominator	jumlah pelaksanaan visit dokter spesialis yang di survey
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%, jam visite 08.00 s/d 14.00 wib setiap hari kerja
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim mutu / PMKP

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektifitas, kualitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Defenisi Operasional	Infeksi Pasca Operasi adalah adanya infeksi nasokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (kolor), kemerahan (color), penegrasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Target / Standar	≤ 1,5%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan Data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite PPI / Ketua Komite Medik / Tim Mutu / PMKP

6. Kejadian Infeksi Nasokomial

Judul	Kejadian Infeksi Nasokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nasokomial di rumah sakit
Defenisi Operasional	Infeksi nasokomial adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama pasien dirawat yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nasokomial dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey, laporan infeksi nasokomial
Target / Standar	$\leq 1,5\%$
Langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan survey bersama dengan komite PPI 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite PPI / Komite Medik

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan / kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Defenisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah terjadinya pasien jatuh selama dirawat di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dll.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dirawat dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan survey 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim KPRS/ PMKP

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan, kualitas dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Defenisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah setelah pasien masuk dan rawat inap di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien > 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Target / Standar	$\leq 0,24\%$
Langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan Data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medik / PMKP

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efek tifitas pelayanan rumah sakit
Defenisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasein sebelum pasien diperbolehkan pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Target / Standar	$\leq 5\%$
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan survey

10 Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan pelayanan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap, Baik pelayanan dokter, perawat ataupun kondisi ruangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien rawat inap yang di survey
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≥ 90%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Promkes

11. Rawat Inap TB

a. Penegakkan Dignosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Keselamatan , kualitas dan efektifitas
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap bagi pasien - pasien TB yang penegakkan diagnosisnya melalui pemeriksaan mikroskopis
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat inap TB adalah pelayanan TB dengan 5 strategi penanggulangan TB nasional dimana penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan pasien TB harus melalui pemeriksaan mikroskopis TB dan di evaluasi secara kohort
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap TB yang penegakkan diagnosis dan follow up pengobatannya melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Promkes / PMKP

b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan , kesinambungan pelayanan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan pasien TB dalam mendukung epidemiologi TB
Defenisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang dirawat inap di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien Tb yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB yang rawat inap
Sumber Data	Rekam medik
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Keersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Yang Memberikan Pelayanan Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap jiwa
Dimensi Mutu	Kualitas , efektifitas
Tujuan	Rumah sakit mampu menyediakan pelayanan khusus untuk pasien - pasien dengan NAPZA, gangguan narkotik dan gangguan mental organik
Defenisi Operasional	Pelayanan jiwa adalah pelayanan khusus untuk pasien - pasien dengan gangguan kejiwaan seperti NAPZA, gangguannarkotik dan gangguan mental organik
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien dengan NAPZA, gangguan narkotik dan gangguan mental organik
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalm 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Target / Standar	100% (NAPZA, gangguannarkotikdan gangguan mental organik)
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan

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

Judul	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian perawatan diruangan terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	Kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri adalah kejadian dimana dijumpai kematian pasien gangguan jiwa dikarenakan bunuh diri
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang mengalami kematian dikarenakan bunuh diri
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dirawat
Sumber Data	Rekam medik
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / KPRS

14. Kejadian Re-admission Pasien Gangguan Jiwa Dalam Waktu ≤ 1 Bulan

Judul	Kejadian re - admission pasien gangguan jiwa ≤ 1 bulan
Dimensi Mutu	Kualitas dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas, ketelitian dan ketepatan petugas rumah sakit dalam hal ini perawat dan dokter dalam menangani kasus pasien dengan gangguan jiwa
Defenisi Operasional	Re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan adalah kejadian dimana pasien dengan gangguan jiwa yang sudah diperbolehkan pulang datang kembali ke rumah sakit dengan keluhan dan kondis yang sama
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang re-admission ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dirawat inap di rumah sakit dengan gangguan jiwa
Sumber Data	Rekam Medik
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

15. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Kualitas, efektifitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme staf medis di rumah sakit dalam melaksanakan Clinical pathway yang sudah disepakati
Defenisi Operasional	Lama hari rawatan pasien gangguan jiwa adalah jumlah hari rawatan yang dibutuhkan dalam menangani pasien dengan gangguan jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah hari rawatan pasien dengan gangguan jiwa
Denominator	Jumlah hari rawatan pasien di rumah sakit dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Target / Standar	≤ 6 minggu
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Rekam medik

D. PENUNJANG MEDIK

a. Bedah Sentral (Bedah Saja)

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Defenisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik, instalasi bedah
Target / Standar	≤ 2 hari
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Kamar Bedah

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Periode Analisa	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan operasi dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medik dan laporan KPRS
Target / Standar	≤ 1%

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya keselamatan dan kepedulian kamar bedah terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misal yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Periode Analisa	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan KPRS
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Membuat site marling sebelum tindakan operasi 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Kamar Bedah / komite medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian kamar bedah terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana tindakan operasi dilakukan pada orang/pasien yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Periode Analisa	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Dokter memeriksa pasien sebelum dilakukan tindakan operasi 2. Melakukan prosedur identifikasi pasien 3. Pengumpulan data 4. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Kamar Bedah / KPRS

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Defenisi Operasional	Kejadian salah tindakan operasi adalah suatu kejadian dimana menjalani tindakan operasi yang tidak sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Periode Analisa	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan operasi dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medik dan laporan KPRS
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan identifikasi pasien 2. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Kamar Bedah / Komite medik / PMKP

6. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing / Lain Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing/lain pada tubuh pasei setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Defenisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi lainnya tertinggal didalam tubuh pasien setelah tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Periode Analisa	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya bendaasing dalam tubuhsetelah operasi dalam 1bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan KPRS
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan prosedur time out, sign in dan sign out pada saat operasi

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

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Defenisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Periode Analisa	Setiap bulan dan kejadian sentinel
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pasien selama tindakan pembedahan 2. Melakukan langkah - langkah keselamatan pasien 3. Pengumpulan data 4. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Kamar Bedah / KPRS

b. Persalinan dan Perinatologi (Kecuali Rumah Sakit Khusus diluar Rumah Sakit Ibu dan Anak)

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Defenisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan sepsis</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua.</p> <p>Tanda - tanda pre-eklampsia terdiri dari dua dari tiga tanda ini, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tekanan darah sistolik > 160 mmhg dan diastolik > 110 mmhg * Protein urine > 5gr/24 jam, atau 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif * Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda - tanda infeksi berat yang terjadi akibat penanganan abortus, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia, sepsis (masing - masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medik dan laporan KPRS
Target / Standar	Perdarahan ≤ 1% , pre-eklampsia ≤ 30% , sepsis ≤ 0.2%
Langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengendalian infeksi 2. Menjalankan langkah - langkah keselamatan pasien 3. Pengumpulan data 4. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Komite medik / sub komite mutu

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal dengan tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah Dokter spesialis OBGYN atau dokter umum yang sudah terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memiliki kualifikasi menolong persalinan
Denominator	Jumlah seluruh dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian, SMF kebidanan
Target / Standar	100% (Dokter SpOG, Dokter umum terlatih asuhan persalinan, bidan)
Langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan kredensialing dokter dan bidan 2. Melaksanakan training 3. Pengumpulan data 4. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala SMF kebidanan

3. Pemberi Pelayanan Dengan Persalinan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan dengan persalinan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	<p>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari Dokter SpOG, Dokter umum yang terlatih, Dokter anak, bidan dan perawat yang terlatih.</p> <p>Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan antepartum, pre-eklampsia berat dan eklampsia, tali pusat menubung</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Tersedianya Dokter SpOG, Dokter umum yang terlatih, dokter anak, bidan dan perawat terlatih
Denominator	1
Sumber Data	Rekam medik, Kepegawaian, SMF kebidanan
Target / Standar	100% tersedia
Langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan data

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah Dokter SpOG, Dokter SpA, dan Dokter spesialis Anestesi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jenis dokter yang memberikan pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Tim yang terdiri dari Dokter SpOG, Dokter SpA dan Dokter spesialis anestesi
Sumber Data	Kepegawaian, rekam medik dan SMF kebidanan
Target / Standar	100% (Dokter SpOG, Dokter SpA dan Dokter SpAn)
Langkah Kegiatan	1. Melakukankredensialing dokter
	2. Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala SMF kebidanan / komite medik

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Defenisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan antara 1500 gr - 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr - 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr - 2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam medis
Target/ Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan training untuk dokter dan perawat
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medis / PMKP

6. Pertolongan Persalinan Melalui Sectio Caesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui sectio caesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Defenisi Operasional	Setiap bulan
	Setiap 3 bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Jumlah persalinan dengan sectio caesaria pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam 1 bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Setiap 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien persalinan yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam periode yang sama
Sumber Data	Rekam medis
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Monitoring pasien selama masa antenatal
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medik /PMKP

7. KELUARGA BERENCANA

a. Persentase KB (Vasektomi & tubektomi) Yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten dr. SpU, Dokter Umum Terlatih

Judul	Persentase KB (Vasektomi & Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten Dokter SpB, Dokter SpU dan Dokter umum terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam memberikan pelayanan KB (Vasektomi & Tubektomi)
Defenisi Operasional	Vasektomi & tubektomi adalah kontrasepsi mantap (kontap), Tenaga kompeten adalah Dokter Kebidanan & Kandungan, Dokter Bedah, dan Dokter Umum yang terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KN vasektomi & tubektomi yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB vasektomi & tubektomi dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey
	2. Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Ketua komite mutu / PMKP

b. Persentase Peserta KB Mantap Yang Mendapatkan Konseling KB Mantap oleh Bidan Terlatih

Judul	Persentase peserta KB Mantap yang mendapatkan konseling KB oleh bidan terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Defenisi Operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi & tubektomi, konseling minimal dilakukan oleh tenaga bidan terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta kontrasepsi mantap yang mendapat konseling oleh tenaga bidan terlatih dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu / PMKP

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≥ 80%
	1. Melakukan survey 2. Pengumpulan data

c. Intensif

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Defenisi Operasional	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 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
Target / Standar	≤ 3%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan training staf
	2. Menjalankan langkah - langkah keselamatan pasien
	3. Survey dan Pengumpulan data
	4. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Komite medik / sub komite mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis , keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan intensif
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum, dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber Data	Unit Pelayanan Intensif
Target / Standar	Dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ICU (D4)
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan kredensialing dokter dan perawat
	2. Melaksanakan training
	3. Pengumpulan data
	4. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala ICU

d. Radiologi

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi di rumah sakit
Defenisi Operasional	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto adalah tenggang waktu mulai dari pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik
Target / Standar	≤ 3 jam
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana Ekspertisi

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnostik
Defenisi Operasional	Pelaksana ekspertisi adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah hasil foto yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi dalam 1 bulan
Sumber Data	Pendaftaran Instalasi radiologi
Target/ Standar	100% (dokter spesialis radiologi)
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepah Instalasi Radiologi

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Defenisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Pendaftaran Radiologi
Target / Standar	≤ 2%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Defenisi Operasional	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang di survey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≥ 80%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Promkes, PMKP

e. Laboratorium Patologi Klinik

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium di rumah sakit
Defenisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien dalam yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≤ 140 menit
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Defenisi Operasional	Pelaksana ekspertisi adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis patologi klinik pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang di verifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan
Sumber Data	Pendaftaran laboratorium
Target / Standar	100% (dokter spesialis patologi klinik)
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data
	2. ...

3. Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data 2. Pencatatan dan Pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≥ 80%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi laboratorium, Promkes, PMKP

f. Rehabilitasi Medik

1. Terjadinya Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik Yang Direncanakan

Judul	Terjadinya Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik Yang direncanakan
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi medik sesuai yang direncanakan
Defenisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey, rekam medik
Target / Standar	≤ 50%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey 2. Pengumpulan data

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya keajaqđian kesalahan klinik dalam rehabilitasi medik
Defenisi 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan Peanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Defenisi Operasional	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≥ 80%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik, Promkes, PMKP

g. Farmasi

1. Waktu Tunggu Pelayanan

a. Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≤ 30 menit
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

a. Obat Racikan :

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambaranya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≤ 60 menit
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi Mutu	Kesehatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambaranya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Defenisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi:
	1. Kesalahan dalam memberikan jenis obat
	2. Kesalahan dalam memberikan dosis
	3. Salah orang
	4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambaranya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (minimal 50)
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≥ 80%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Defenisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah penulisan resep yang sesuai dengan formularium dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah total resep dalam 1 bulan
SumberData	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Penetapan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

h. Gizi

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Pada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Pada Pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
SumberData	Survey
Target / Standar	≥ 90%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Penetapan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Rawat Inap

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah porsi makanan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≤ 20%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Rawat Inap

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian diet

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan gizi
Defenisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pemebrian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Rawat Inap

i. Transfusi Darah

1. Kebutuhan Darah Bagi setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Kebutuhan Darah Bagi setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Defenisi Operasional	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi adalah darah yang dibutuhkan oleh pasien untuk transfusi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bank Darah Rumah Sakit

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Defenisi Operasional	reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi darah dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi darah
Sumber Data	Rekam medis
Target / Standar	$\leq 0,01\%$
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan survey
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bank Darah Rumah Sakit

j. Rekam Medik

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Defenisi 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang ditanya dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medik / Wadir Pelayanan Medik

2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Defenisi Operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan 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
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medik

E. PENUNJANG NON MEDIK

a. Pelayanan GAKIN

1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keluarga miskin
Defenisi Operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu JAMKESDA atau JAMKESMAS yang datang berobat ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani di rumah sakit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Pendaftaran pasien
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

b. Pengolahan Limbah

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Defenisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspend Solid) : 30 mg/liter PH: 6-9, ammonia \leq 0,1 mg/l, phaspat < 2 mg/l
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 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
Target / Standar	BOD < 30 mg/l, COD < 80 mg/l, TSS < 30 mg/l, PH:6-9
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan pemeriksaan rutin 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

2. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai Dengan Aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari lingkungan
Defenisi Operasional	Limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun yang dihasilkan dari penunjang rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap seminggu sekali
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber Data	Observasi tiap seminggu sekali
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

c. Ambulance / Kereta Jenazah

1. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance / mobil jenazah
Defenisi Operasional	Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance diajukan oleh masyarakat sampai ambulance berangkat dari rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulance / mobil jenazah dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance / mobil jenazah dalam 1 bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance / mobil jenazah
Target / Standar	≤ 30 menit
Langkah Kegiatan	1. pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Ambulance

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

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / kereta jenazah
Defenisi Operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance / kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance diajukan oleh pasien / keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulance dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam 1 bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance / mobil jenazah
Target / Standar	≤ 30 menit
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Ambulance

e. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
1. Kecepatan Waktu Menangani Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan Waktu Menangani Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Defenisi Operasional	Kecepatan waktu menangani kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Target / Standar	≥ 80%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan pemeriksaan rutin 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Defenisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap - tiap alat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

3. Peralatan Laboratorium Dan Alat Ukur Yang Digunakan Dalam Pelayanan
Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium Dan Alat Ukur Yang Digunakan Dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Defenisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat ukur dan alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instansi Laboratorium

f. Pelayanan Laundry

1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Defenisi Operasional	Tidak adanya kejadian linen yang hilang adalah tidak berkurangnya jumlah linen yang tersedia sesuai dengan register yang ada di laundry
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator:	Jumlah linen yang yang tersedia dikurangi dengan jumlah linen yang hilang dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan linen yang ada di rumah sakit
Sumber Data	Register Laundry
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan pengamatan dan Penghitungan jumlah linen 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Laundry

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Rawat Inap

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Defenisi Operasional	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen adalah ketepatan penediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam 1 bulan dengan penyediaan linen yang tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Survey dan Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Laundry

g. Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI)

1. Adanya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

Judul	Adanya Anggota Tim PPI Yang Terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim Ppi yang kompeten untuk melaksanakan tugas - tugas di PPI
Defenisi Operasional	Tim PPI adalah tim pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Target / Standar	≥ 75%
Langkah Kegiatan	1. Mengirim petugas untuk pelatihan 3. Pencatatan dan pelaporan

2. Tersedia APD disetiap instalasi / departemen

Judul	Tersedia APD disetiap instalasi / departemen
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Defenisi Operasional	APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap minggu
Periode Analisa	Setiap 3 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
Target / Standar	≥ 60%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan pemeriksaan rutin
	2. Pengumpulan data
	3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di Rumah Sakit (Minimum 1 Parameter)

Judul	Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nasokomial / HAI (Health Care Associate Infection) di Rumah Sakit (Minimum 1 Parameter)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di rumah sakit
Defenisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di rumah sakit, minimal 1 parameter dari ILO<ILI<VAP<ISK
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber Data	Survey
Target / Standar	≥ 75%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan survey dan Pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI

F. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

a. Adminitrasi Dan Manajemen

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Defenisi Operasional	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam 1 bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. pengumpulan data
	2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab	

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Defenisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator - indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator kinerja pada rencana strategik rumah sakit, dan indikator - indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 bulan
Sumber Data	Bagian tata usaha
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan pengamatan dan survey 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Defenisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua periodik dalam 1 tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian tata Usaha

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Defenisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengamatan dan pengumpulan data

5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam per Tahun

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam per Tahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Defenisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	sub Bag Kpegawaian
Target / Standar	≥ 60%
Langkah Kegiatan	1. Melaksanakan training 2. Pengumpulan data 3. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi , Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Defenisi Operasional	Cost Recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelaaran operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pembelaaran operasional dalam 1 bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Target / Standar	≥ 40%
Langkah Kegiatan	1. Melakukan pengamatan dan Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Bagian Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Defenisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber Data	Bagian keuangan
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Defenisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan . Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai dari pasein dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Target / Standar	≤ 2 Jam
Langkah Kegiatan	1. Melakukan pengamatan dan survey 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Defenisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati / peraturan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode 3 bulan
Denominator	3
SumberData	Hasil pengamatan
Target / Standar	100%
Langkah Kegiatan	1. Pengumpulan data 2. Pencatatan dan pelaporan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Bagian Keuangan

BUPATI DELI SERDANG

dto

ASHARI TAMBUNAN

Ditetapkan di Lubuk Pakam
Pada tanggal 18 Juli 2017

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN DELI SERDANG**

Drs. H. ASRIN NAIM
BERITA DAERAH KABUPATEN DELI SERDANG TAHUN 2017 NOMOR 029