



**BUPATI BOJONEGORO
PROVINSI JAWA TIMUR**

Salinan

**PERATURAN BUPATI BOJONEGORO
NOMOR 15 TAHUN 2017**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D SUMBERREJO
KABUPATEN BOJONEGORO**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOJONEGORO,

- Menimbang :
- a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang menuntut Pemerintah Kabupaten Bojonegoro menyelenggarakan pelayanan kesehatan di berbagai fasilitas kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal;
 - a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan, memiliki peran strategis dalam membantu percepatan peningkatan derajat kesehatan, sesuai standar yang ditetapkan;
 - b. bahwa standar pelayanan rumah sakit perlu memuat jenis dan mutu layanan minimal, sebagai alat ukur mutu pelayanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan menindaklanjuti ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten/Kota dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3259);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
7. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5597) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 290, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
11. Undang Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2008 Nomor 6) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 9 Tahun 2011 (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2011 Nomor 12);
23. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2016 Nomor 7);
24. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 13 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2016 Nomor 16);
25. Peraturan Bupati Bojonegoro Nomor 80 Tahun 2016 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas dan Badan Kabupaten Bojonegoro;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D SUMBERREJO KABUPATEN BOJONEGORO.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bojonegoro.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Bojonegoro.
3. Bupati adalah Bupati Bojonegoro.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bojonegoro.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro.
6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro.
7. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro.
8. Direktorat adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro.
9. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan, dan pelayanan administrasi.
10. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro kepada masyarakat.
11. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro kepada masyarakat.
12. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
13. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
14. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
16. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
18. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
19. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
22. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
23. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat RSUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur RSUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal RSUD.
- (2) Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Bupati ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas dan fungsi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan, pemberian dukungan atas penyelenggaraan Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan serta pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan.

- (2) Jenis pelayanan RSUD meliputi:
- a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan kamar operasi;
 - e. pelayanan kebidanan;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah;
 - m. pelayanan rekam medik;
 - n. pelayanan keluarga miskin (gakin);
 - o. pelayanan pengolahan limbah;
 - p. pelayanan administrasi dan manajemen;
 - q. pelayanan ambulance/mobil jenazah;
 - r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - s. pelayanan laundry;
 - t. pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
 - u. pengendalian infeksi.

Bagian Kedua
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian,
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

- (1) Indikator, standar (nilai), Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD menyusun target dan upaya pencapaian serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun rencana kegiatan anggaran, target, dan upaya yang dilakukan, serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan wajib menyelenggarakan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Kepala Dinas.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa: fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan, atau bantuan teknis lainnya yang meliputi:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD.
- (3) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD melakukan pengendalian internal dalam rangka untuk tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VII
KETENTUAN 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 Bojonegoro.

Ditetapkan di Bojonegoro
pada tanggal 27 Maret 2017

BUPATI BOJONEGORO,

ttd.

H. S U Y O T O

Diundangkan di Bojonegoro
pada tanggal 27 Maret 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO,

ttd.

SOEHADI MOELJONO

BERITA DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO TAHUN 2017 NOMOR 49.

Salinan sesuai dengan aslinya

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO,



Drs. SOEHADI MOELJONO, MM

Pembina Utama Madya

NIP. 19600131 198603 1 008

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D SUMBERREJO
 KABUPATEN BOJONEGORO**

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, DAN STANDAR

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
1.	Gawat Darurat	a. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa b. Jam buka pelayanan gawat darurat c. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana e. Waktu tanggap pelayanan di gawat darurat f. Kepuasan pelanggan g. Kematian pasien \leq 24 jam h. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%; 24 jam; 100%; 1 (satu) Tim; \leq 5 menit; \geq 70%; 2/1000; dan 100%.
2.	Rawat Jalan	a. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis b. Ketersediaan pelayanan: c. Jam buka pelayanan d. Waktu tunggu di rawat jalan e. Kepuasan pelanggan f. Penegakan diagnostik TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB g. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100% Dokter Spesialis; 1) klinik anak; 2) klinik penyakit dalam; 3) klinik kebidanan; dan 4) klinik bedah. 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at: 08.00 – 11.00; \leq 60 menit; \geq 90%; \geq 60%; dan \leq 60%.
3.	Rawat Inap	a. Pemberi pelayanan di rawat inap b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	1) Dokter spesialis; dan 2) perawat minimal D3. 100 %

1	2	3	4
		<p>c. Ketersediaan pelayanan rawat inap:</p> <p>d. Jam visite dokter spesialis</p> <p>e. Kejadian infeksi pasca operasi</p> <p>f. Kejadian infeksi nosokomial</p> <p>g. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</p> <p>h. Kematian pasien > 48 jam</p> <p>i. Kejadian pulang paksa</p> <p>j. Kepuasan pelanggan</p> <p>k. Rawat inap TB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB - Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit 	<p>1) Anak;</p> <p>2) Penyakit dalam;</p> <p>3) Kebidanan; dan</p> <p>4) Bedah;</p> <p>08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja;</p> <p>≤ 1,5%;</p> <p>≤ 1,5%;</p> <p>100%;</p> <p>≤ 2,4/1000;</p> <p>≤ 5%;</p> <p>90%;</p> <p>≥60%; dan</p> <p>≥60%.</p>
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	<p>a. Waktu tunggu operasi elektif</p> <p>b. Kejadian kematian di meja operasi</p> <p>c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>f. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>g. Komplikasi <i>anesthesia</i> karena <i>overdosis</i>, reaksi <i>anesthesia</i>, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i></p>	<p>≤ 2 hari;</p> <p>≤ 1%;</p> <p>100%;</p> <p>100%;</p> <p>100%;</p> <p>100%; dan</p> <p>≤ 6%.</p>
5.	Persalinan dan <i>perinatologi</i> (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)	<p>a. Kejadian kematian ibu karena persalinan:</p> <p>b. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</p>	<p>1) Pendarahan ≤ 1%;</p> <p>2) <i>preeklampsia</i> ≤ 30%; dan</p> <p>3) sepsis ≤ 0,2%.</p> <p>1) dr. Sp. OG;</p> <p>2) Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal); dan</p> <p>3) Bidan.</p> <p>Tim PONEK yang terlatih;</p>

1	2	3	4
		d. Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi e. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr f. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i> g. Keluarga Berencana: <ul style="list-style-type: none"> - persentase KB (vasektomi dan Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.Og, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dokter umum terlatih - persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih kepuasan pelanggan 	1) dr. Sp.OG; 2) dr. Sp.A; dan 3) dr. Sp.An. 100%; ≤ 20%; 100%; dan 80%.
6.	Pelayanan Intensif	a. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam b. Pemberian pelayanan unit intensif:	≤ 3 %; 1) dr. Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus; dan 2) Paramedis D3.
7.	Radiologi	a. Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto b. Pelaksanaan ekspertisi c. Kejadian kegagalan pelayanan d. Kepuasan pelanggan	≤ 3 jam; dr. Sp.Rad; ≤ 2%; dan ≥ 80 %.
8.	Laboratorium Patologi Klinik	a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium b. Pelaksanaan ekspertisi c. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium d. Kepuasan pelanggan	≤ 140 menit (manual); dr. Sp.PK; 100%; dan ≥ 80 %.
9.	Rehabilitasi Medik	a. Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik c. Kepuasan pelanggan	≤ 50%; 100%; dan ≥ 80%.
10.	Farmasi	a. Waktu tunggu pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> - obat jadi - obat racikan b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat c. Kepuasan pelanggan d. Penulisan resep sesuai formularium	≤ 30 menit; ≤ 60 menit; 100%; ≥ 80%; dan 100%.
11.	Gizi	a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≥ 90%; ≤ 20%; dan

Handwritten signature and initials

1	2	3	4
		c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%.
12.	Tranfusi Darah	a. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi b. Kejadian reaksi tranfusi	100%; dan $\leq 0,01\%$.
13.	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100% terlayani.
14.	Rekam Medik	a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan b. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	100%; 100%; ≤ 10 menit; ≤ 15 menit;
15.	Pengelolaan Limbah	a. Baku mutu limbah cair: b. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1) BOD < 30 mg/l; 2) COD < 80 mg/l; 3) TSS < 30 mg/l; dan 4) PH 6-9. 100%;
16.	Administrasi dan Manajemen	a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat d. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun f. <i>Cost recovery</i> g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap i. Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	100%; 100%; 100%; 100%; $\geq 60\%$; $\geq 40\%$; 100%; ≤ 2 jam; dan 100%.
17.	Ambulance/Kereta Jenazah	a. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit c. <i>Response time</i> pelayanan ambulance/kereta jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan	24 jam; ≤ 230 menit; dan Sesuai ketentuan Daerah.

Handwritten signature

Handwritten initials

1	2	3	4
18.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam.
19.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat c. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	≤ 80 ; 100%; dan 100%.
20.	Pelayanan Laundry	a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%; dan 100%.
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	a. Ada anggota tim PPI yang terlatih b. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen c. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>health care associated infections</i>) di rumah sakit (minimum 1 parameter)	$\geq 75\%$; $\geq 60\%$; dan $\geq 75\%$.

BUPATI BOJONEGORO,

ttd.

H. S U Y O T O

Salinan sesuai dengan aslinya

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO,



Drs. SOEHADI MOELJONO, MM
Pembina Utama Madya
NIP. 19600131 198603 1 008

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. KEMAMPUAN MENANGANI *LIVE SAVING* ANAK DAN DEWASA

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airway, breath, circulatio</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat dan membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>
Sumber data	Rekam medik di gawat darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan 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 setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. PEMBERI PELAYANAN KEGAWATDARURATAN YANG BERSERTIFIKAT ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. KETERSEDIAAN TIM PENANGGULANGAN BENCANA

Judul	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim Penanggulangan Bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim Penanggulangan Bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	1 (satu) tim
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. WAKTU TANGGAP PELAYANAN DI GAWAT DARURAT

Judul	Waktu tanggap pelayanan di gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan tenaga kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani tenaga kesehatan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50)
Sumber data	Sampel
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

6. ANGKA KEMATIAN ≤ 24 JAM

Judul	Angka Kematian ≤ 24 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. KEPUASAN PELANGGAN PADA GAWAT DARURAT

Judul	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. PEMBERI PELAYANAN DI KLINIK UMUM ATAU SPESIALIS

Judul	Pemberi pelayanan di klinik umum atau spesialis.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter umum atau spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik umum atau spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter umum atau spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka klinik umum atau spesialis yang dilayani oleh dokter umum atau spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik umum atau spesialis dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik umum atau spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

[Handwritten signature]

2. KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT JALAN

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan umum atau spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan umum atau spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan umum atau spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. JAM BUKA PELAYANAN SESUAI KETENTUAN

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan umum dan spesialistik pada hari kerja atau yang telah ditentukan di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis, jam buka 08.00 WIB s.d. 13.00 WIB setiap hari kerja kecuali Jum'at atau yang telah ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan umum dan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan umum dan spesialistik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Handwritten signature and initials

4. WAKTU TUNGGU DI RAWAT JALAN

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

5. KEPUASAN PELANGGAN PADA RAWAT JALAN

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu

[Handwritten signature]

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. PEMBERI PELAYANAN DI RAWAT INAP

Indikator	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D-3)
Frekuensi pengumpulan data	6 (enam) bulan sekali
Periode analisis	6 (enam) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Ruang rawat inap
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN RAWAT INAP

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 (satu) bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

[Handwritten signatures and initials]

3. KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT INAP

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal penyakit dalam, kebidanan, dan bedah.
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. JAM VISITE DOKTER UMUM ATAU SPESIALIS

Judul	Jam visite dokter umum atau spesialis
Dimensi Mutu	Akses kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter umum atau spesialis adalah kunjungan dokter umum atau spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 WIB s.d. 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah visite dokter umum atau spesialis antara jam 08.00 WIB s.d. 14.00 WIB yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter umum atau spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

Handwritten marks: 2 9 20

5. KEJADIAN INFEKSI PASCA OPERASI

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi <i>nosokomial</i> pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (<i>colour</i>), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

6. ANGKA KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL

Judul	Angka kejadian infeksi <i>nosokomial</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi <i>nosokomial</i> rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi <i>nosokomial</i> adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi: <i>dekubitus</i> , <i>phlebitis</i> , <i>sepsi</i> , dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi <i>nosokomial</i> dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei dan laporan infeksi <i>nosokomial</i>
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

[Handwritten signatures and initials]

7. TIDAK ADANYA KEJADIAN PASIEN JATUH YANG BERAKIBAT KECACATAN/KEMATIAN

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik dan laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. KEMATIAN PASIEN > 48 JAM

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (international) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

[Handwritten signatures and initials]

9. KEJADIAN PULANG PAKSA

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

10. KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

A 9 20

11. A. PENEGAKAN DIAGNOSIS TB MELALUI PEMERIKSAAN MIKROSKOPIS TB

Judul	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

B. KEGIATAN PENCATATAN DAN PELAPORAN TB DI RUMAH SAKIT

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

J J an

IV. PELAYANAN OPERASI

1. WAKTU TUNGGU OPERASI ELEKTIF

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≥ 2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Instalasi Bedah Sentral

2. KEJADIAN KEMATIAN DI MEJA OPERASI

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan <i>anestesi</i> maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan pembedahan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

J *g* *m*

3. TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH SISI

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Numerator	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik dan laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4. TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH ORANG

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Numerator	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik dan laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

Handwritten signature and initials in blue ink.

5. TIDAK ADANYA KEJADIAN SALAH TINDAKAN PADA OPERASI

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Numerator	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 (satu)
Denominator	Jumlah pasien yang operasi dalam 1 (satu)
Sumber data	Rekam medik dan laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

6. TIDAK ADANYA KEJADIAN TERTINGGALNYA BENDA ASING PADA TUBUH PASIEN SETELAH OPERASI

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Numerator	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang operasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik dan laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

J *9* *25*

7. KOMPLIKASI ANESTHESI KARENA OVERDOSIS, REAKSI ANESTHESI DAN SALAH PENEMPATAN ENDOTRACHEAL TUBE

Judul	Komplikasi <i>anesthesia</i> karena overdosis, reaksi <i>anesthesia</i> dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan <i>anesthesia</i> dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi <i>anesthesia</i> adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi <i>anesthesia</i> antara lain karena overdosis, reaksi <i>anesthesia</i> dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> .
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali dan <i>sentinel even</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi <i>anesthesia</i> dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

1. KEJADIAN KEMATIAN IBU KARENA PERSALINAN

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, <i>pre-eklampsia</i> , <i>eklampsia</i> , dan <i>sepsis</i> . Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas <i>Pre-eklampsia</i> dan <i>eklampsia</i> mulai terjadi pada kehamilan tri semester kedua, <i>pre-eklampsia</i> dan <i>eklampsia</i> merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah <i>sistolic</i> > 160 mmHg dan <i>diastolic</i> > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • <i>Oedem</i> tungkai <i>Eklampsia</i> adalah tanda <i>pre-eklampsia</i> yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. <i>Sepsis</i> adalah tanda-tanda <i>sepsis</i> yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan, dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, <i>pre-eklampsia/eklampsia</i> , <i>sepsis</i> (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, <i>pre-eklampsia/eklampsia</i> dan <i>sepsis</i>
Sumber data	Rekam medik rumah sakit
Standar	<ul style="list-style-type: none"> • Pendarahan ≤ 1 %, • <i>pre-eklampsia</i> ≤ 30 %, • <i>sepsis</i> ≤ 0,2 %

[Handwritten signatures and initials]

2. PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN NORMAL

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

3. PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN DENGAN PENYULIT

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan sekali
Periode Analisa	6 (enam) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap



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
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, paramedis <i>anesthesi</i> .
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, paramedis <i>anesthesi</i> yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

5. KEMAMPUAN MENANGANI BBLR 1500 gr - 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr - 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr - 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr - 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Komite Mutu

J *1* *2m*

6. PERTOLONGAN PERSALINAN MELALUI SEKSIO CESARIA

Judul	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi Mutu	Efektivitas, keselamatan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisiensi
Definisi Operasional	<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan <i>abdominal</i> baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah persalinan dengan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq 20\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

7. KEPUASAN PELANGGAN

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

J *ni*

VI. PELAYANAN 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	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik/mutu

2. PEMBERIAN PELAYANAN UNIT INTENSIF

Judul	Pemberian pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberian Pelayanan intensif adalah dokter dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

↓

VII. RADIOLOGI

1. WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN THORAX FOTO

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

2. PELAKSANAAN EKSPERTISI HASIL PEMERIKSAAN RONTGEN

Judul	Pelaksanaan <i>ekspertisi</i> hasil pemeriksaan <i>rontgen</i>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksanaan <i>ekspertisi rontgen</i> adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto <i>rontgen</i> /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	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah foto <i>rontgen</i> yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto <i>rontgen</i> dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register di instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

[Handwritten signature]

3. KEJADIAN KEGAGALAN PELAYANAN RONTGEN

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

4. KEPUASAN PELANGGAN

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

[Handwritten marks]

VIII. LABORATORIUM PATALOGI KLINIK

1. WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah <i>diekspertisi</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. PELAKSANAAN EKSPERTISI HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Judul	Pelaksanaan <i>ekspertisi</i> hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	Pelaksanaan <i>ekspertisi</i> laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai wewenang untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan <i>ekspertisi</i> adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. TIDAK ADANYA KESALAHAN PENYERAHAN HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. KEPUASAN PELANGGAN

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

[Handwritten signatures]

IX. REHABILITASI MEDIK

1. KEJADIAN DROP OUT PASIEN TERHADAP PELAYANAN REHABILITASI YANG DIRENCANAKAN

Judul	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	6 (enam) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN TINDAKAN REHABILITASI MEDIK

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

Handwritten signature and initials

3. KEPUASAN PELANGGAN

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

X. FARMASI

1. A. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT JADI

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

Handwritten signature/initials

1.B. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT RACIKAN

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

2. TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat; 2. salah dalam memberikan dosis; 3. salah orang; dan 4. salah jumlah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

[Handwritten signature]

3. KEPUASAN PELANGGAN

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

4. PENULISAN RESEP SESUAI FORMULARIUM

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

[Handwritten signature]

XI. GIZI

1. KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN MAKANAN KEPADA PASIEN

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas, akses, dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN OLEH PASIEN

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisien pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 20\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

J 1 20

3. TIDAK ADANYA KESALAHAN DALAM PEMBERIAN DIET

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. TRANFUSI DARAH

1. PEMENUHAN KEBUTUHAN DARAH BAGI SETIAP PELAYANAN TRANSFUSI

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan UTD PMI Bojonegoro dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

Handwritten signatures and initials in blue ink.

2. KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, <i>hemolisi</i> akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\leq 0,01\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

XIII. PELAYANAN GAKIN

1. PELAYANAN TERHADAP PASIEN GAKIN YANG DATANG KE RUMAH SAKIT PADA SETIAP UNIT PELAYANAN

Judul	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (Gakin) yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin.
Definisi Operasional	Pasien Gakin adalah pasien pemegang Kartu Askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

XIV. 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
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi: identitas pasien, <i>anamnesis</i> , rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik/Wadir Pelayanan Medik

2. KELENGKAPAN INFORMED CONCENT SETELAH MENDAPATKAN INFORMASI YANG JELAS

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam medik

Handwritten signature and initials

3. WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIK PELAYANAN RAWAT JALAN

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	Rerata \leq 10 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam medik

4. WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIK PELAYANAN RAWAT INAP

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam medik

XV. 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
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: - BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/liter - COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 80 mg/liter - TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) 30 mg/liter - PH : 6 - 9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS

2. PENGOLAHAN LIMBAH PADAT BERBAHAYA SESUAI DENGAN ATURAN

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: - sisa jarum suntik; - sisa ampul; - kasa bekas; dan - sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

XVI. ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. TINDAK LANJUT PENYELESAIAN HASIL PERTEMUAN TINGKAT DIREKSI

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit.
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau kepuasan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Hasil keputusan pertemuan Direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

2. KELENGKAPAN LAPORAN AKUNTABILITAS KERJA

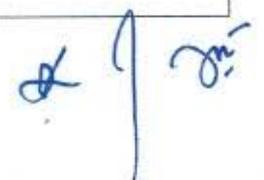
Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kerja
Dimensi Mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah pelaporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis 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 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur

3. KETEPATAN WAKTU PENGUSULAN KENAIKAN PANGKAT

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam 1 (satu) tahun, yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun sekali
Periode Analisa	1 (satu) tahun sekali
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

4. KETEPATAN WAKTU PENGURUSAN KENAIKAN GAJI BERKALA

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai Peraturan Perundang-undangan di bidang kepegawaian
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun sekali
Periode Analisa	1 (satu) tahun sekali
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit



5. KARYAWAN YANG MENDAPAT PELATIHAN MINIMAL 20 JAM PERTAHUN

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun sekali
Periode Analisa	1 (satu) tahun sekali
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	Beberapa persen (%)
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

6. COST RECOVERY

Judul	<i>Cost recovery</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

7. KETEPATAN WAKTU PENYUSUNAN LAPORAN KEUANGAN

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Sub Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

8. KECEPATAN WAKTU PEMBERIAN INFORMASI TENTANG TAGIHAN PASIEN RAWAT INAP

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

Handwritten signature and initials in blue ink.

9. KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN IMBALAN (INTENSIF) SESUAI KESEPAKATAN WAKTU

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Intensif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan sekali
Periode Analisa	6 (enam) bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian intensif
Denominator	Jumlah total terjadinya keterlambatan pemberian insentif dalam 6 (enam) bulan
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. WAKTU PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

J. J. J.

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
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. WAKTU TANGGAP PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

J 9 Jm

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN RUMAH SAKIT

1. KECEPATAN WAKTU MENANGGAPI KURASAKAN ALAT

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi Operasional	Ketepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk ditindaklanjuti perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS

2. KETEPATAN WAKTU PEMELIHARAAN ALAT

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS

J A 2015

3. PERALATAN LABORATORIUM (DAN ALAT UKUR YANG LAIN) YANG TERKALIBRASI TEPAT WAKTU SESUAI DENGAN KETENTUAN KALIBRASI

Judul	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. TIDAK ADANYA KEJADIAN LINEN YANG HILANG

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Seksi Keperawatan

J *↑* *m*

2. KETEPATAN WAKTU PENYEDIAAN LINEN UNTUK RUANG RAWAT INAP

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Seksi Keperawatan

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. TIM PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjutan PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Kepala Komite PPI

[Handwritten signature]

2. KETERSEDIAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

Judul	Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi rumah sakit
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna 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 hari
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Kepala Komite PPI

3. KEGIATAN PENCATATAN DAN PELAPORAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUMAH SAKIT

Judul	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan factor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain : ILO, ILI, VAP, ISK
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) hari sekali
Periode Analisa	1 (satu) bulan sekali
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Kepala Komite PPI

Keterangan: ILO : Infeksi Luka Operasi
ILI : Infeksi Lika Infus
VAP : Ventilator Assosiated Pneumonic
ISK : Infeksi Saluran Kemih.

BUPATI BOJONEGORO,

ttd.

H. S U Y O T O

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO,


Drs. SOEHADI MOELJONO, MM
Pembina Utama Madya
NIP. 19600131 198603 1 008